Nr. 5. i 6. 10 lutego 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Docent Dr. Wiktor REIS
i Dr. Janina MIKULIŃSKA, st. asyst. kliniki. Lwów.

Odzyskanie wzroku w późnym wieku u dwóch ślepych z urodzenia*).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K.
(Dyrektor: Prof. Dr. Bednarski).

»Rendre la vue à un aveugle — né, c'est faire oeuvre d'éducateur plus que d'opérateur«.
Moreau. 1913.

Zagadnienie teoretyczne, czy ślepy z urodzenia mógłby widzieć i orjentować się w przetrzeni natychmiast po usunięciu przyczyny ślepoty, było od dawna przedmiotem dociekań licznych filozofów.

Hirschberg podaje w swej pracy z r. 1875 (A. f. O. XXI) szkic historyczny zapatrywań na kwestję sporną, czy zmysł przestrzeni i zdolność widzenia są wrodzone czy też nabyte i nadmienia, że filozof angielski Locke jeszcze z początkiem 18. stulecia zastanawiał się nad pytaniem, czy ślepy z urodzenia, który zapomocą dotyku dobrze już rozróżnia kulę od kostki, odróżniłby oba przedmioty, gdyby po odzyskaniu wzroku nie pozwolono mu się posługiwać zmysłem dotyku. Odpowiedź wypadłaby przecząco.

Wydawałoby się rzeczą najprostszą, że dla uzyskania potwierdzenia tego z góry przewidzianego rozstrzygnięcia, nadawałyby się spostrzeżenia przypadków nowonarodzonych lub małych dzieci. Okazało się jednakże, że z takiego materjału niemożliwem jest czegoś się dowiedzieć o przyjmowaniu wrażeń świetlnych. Dla studjowania tego pierwotnego zjawiska (Hirschberg je nazywa »*das Urphänomen*«) od dawna stały się cennemi spostrzeżenia przypadków chorobowych, w których ślepi od urodzenia w późniejszym już wieku wzrok odzyskali.

Pierwsze spostrzeżenia takich przypadków pochodzą od lekarzy angielskich — jak to Hirschberg zauważył — od współziomków filozofa Locke, później spotyka się je także w piśmiennictwie niemieckiem i francuskiem.

Wszystkie te spostrzeżenia doprowadziły do zgodnych wyników, że ślepi od urodzenia, mimo dobrze wykonaną operacją, z początku tylko w ograniczonej mierze posługiwać się mogli nowo odzyskanym zmysłem wzroku i nie rozpoznawali wzrokiem przedmiotów, które dobrze już znali przy pomocy dotyku.

Nie uzasadnionem jednakże by było, gdybyśmy z tych spostrzeżeń chcieli wyciągnąć wnioski, że zdolność widzenia jest tylko zdolnością nabytą. Problemu tego tak jednostronnie rozstrzygać nie można. Trudność tą odczuwali nietylko filozofowie, lecz także fizjologowie i dlatego nie brakło już wcześnie teorji pośredniczących.

Liczne spostrzeżenia z życia zwierząt skłoniły Du Bois-Reymonda (v. Hirschberg A. f. O 22. 1876) do przyjęcia obok »empirystycznej« teorji widzenia jako drugi równie ważny czynnik — momenty wrodzone, a Donders twierdzi, że między wrodzonemi a nabytemi zdolnościami nie ma zasadniczej różnicy, gdyż »dziedziczność utrwala to w pokoleniu, co działało u osobnika przez przyzwyczajenie i ćwiczenie«.

Hartmann w dziele swem »*Philosophie des Unbewussten*« (według Schlodtmana, A. f. O. 54. 1902) wyjaśnia różnicę między zachowaniem się cech odziedziczonych i nabytych u zwierząt i ludzi. U nowonarodzonego dziecka wszystko jest jeszcze nierozwinięte, gdyż okres życia płodowego był za krótki, aby podczas niego mogły się rozwinąć wyższe stopnie rozwojowe. Dalsze uczenie się noworodka, to tylko rozwój odziedziczonych skłonności a wynik końcowy znacznie jest bogatszy niż u zwierzęcia.

Tak więc zmysł wzroku u ślepych z urodzenia znajduje się po operacji również na stopniu pierwotnego niedorozwoju jak zmysł wzroku noworodka i musi pewien czas upłynąć, aby osobnik ten mógł swe nowe i dotychczas mu nieznane wrażenia wzrokowe przejąć i zjednoczyć w obuocznym akcie widzenia.

Prawdziwości tego zapatrywania dowieść mogą najlepiej spostrzegane przez nas dwa przypadki ślepych z urodzenia, którzy po usunięciu zaćmy wrodzonej wzrok odzyskali w późnym wieku. W krótkości podajemy wyciąg z historji choroby*):

Dnia 19. kwietnia 1922 przyprowadzono do kliniki ocznej rodzeństwo: Annę K., 22 lat liczącą i 16 letniego Jakóba K. Oboje podają, że nigdy nie rozpoznawali wzrokiem żadnych przedmiotów ani osób - odróżniali jednak dobrze dzień od nocy — widzieli płomień świecy, lampy.

W rodzinie mieli wszyscy widzieć prawidłowo — tylko starszy brat operowany był na zaćmę w 23 roku życia na obu oczach z dobrym skutkiem — obecnie pracuje jako ogrodnik.

I. U chorej Anny K. wykonał Prof. Machek 20. kwietnia 1922 wydobycie zaćmy na oku lewem a 11. maja rozcięcie zaćmy wtórnej na oku lewem i wydobycie zaćmy na oku prawem.

Zainteresowanie tym przypadkiem wzbudza okoliczność, że chora operowana ślepą była od urodzenia.

Dlatego postanowiliśmy u operowanej rozpocząć już w kilka dni po dokonanej operacji systematyczne badania nad odzyskanym zmysłem wzroku, wzorując się na badaniach Uhthoffa, w którego obszernej i szczegółowej pracy z roku 1891 (Beitr. z. Psych. u. Phys. d. Sinesorg. Festschr. f. Helmholtz) bardzo dokładnie jest przedstawiony przebieg takich badań. Równie dokładną i wyczerpującą jest praca Moreau z r. 1913 (Ann. d'Ocul. 149.).

1. Dane dotyczące poznawania przedmiotów, osób, zwierząt.

W pierwszych dniach operowana nie rozpoznaje żadnego pokazywanego przedmiotu, rozróżnia tylko czy przedmiot jest jasny, ciemny lub lśniący. Stopniowo tylko uczy się rozpoznawania przedmiotów z najbliższego swego otoczenia. Żadnych przedmiotów nie rozpoznaje odrazu, musi się im przypatrzeć kilka sekund. Nie rozpoznaje także przedmiotów już znanych, jeżeli się znajdują w innem niż zwykle ułożeniu.

Po dwóch miesiącach rozpoznaje już tylko wzrokiem pieniądze a później odróżnia z twarzy służące i chore szpitalne. Mimo znaczne postępy chora aż do ostatnich dni swego pobytu na klinice czyni ciągle omyłki w rozpoznawaniu przedmiotów po raz pierwszy widzianych.

2. Spostrzeganie własnego obrazu w lustrze.

Postawiona przed zwierciadłem po raz pierwszy, mówi, że lśni, że to okno — dopiero w miesiąc po operacji zrozumiała chora, że w zwierciedle zobaczy swą postać.

3. Rozpoznawanie osób, zwierząt i przedmiotów w obrazach.

W sześć tygodni po operacji widzi chora w książce z obrazkami o jednym kolorze tylko kropki. Pod koniec pobytu w klinice rozpoznaje obrazy przedmiotów umieszczonych w książce w naturalnej wielkości, natomiast nie orjentuje się zupełnie co do przedmiotów odtworzonych w obrazach w pomniejszeniu.

4. Rozpoznawanie barw.

Z początku określa chora każdy nieznany przedmiot jako biały, czarny lub lśniący. Nieco później, po jednorazowem objaśnieniu umie rozpoznawać wszystkie barwy ale najpierw tylko w jasnych odcieniach.

Próba z włóczkami, wykonana w szóstym tygodniu po operacji, wypadła dodatnio. Chora dobrze dobiera kolory z wyjątkiem barwy brązowej i fioletowej, których przedtem nigdy nie widziała.

5. Pole widzenia

trudno zbadać. Chora umie jednakże zużytkować obwodowe wrażenia, o ile są silne. Omija wszelkie przeszkody, za pokazywanym przedmiotem chora podąża wzrokiem.

*) Rzecz przedstawiona na Posiedzeniu Naukowem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego z dnia 16. czerwca 1922.

*) Na żądanie Redakcji nie umieszczamy z powodu braku miejsca szczegółowych protokołów badania klinicznego, lecz podajemy wyniki naszych spostrzeżeń tylko w formie jak najkrótszego szkicu.

6. Liczenie.

Pięć dni po operacji chora rozpoznaje i liczy pokazywane przedmioty a dziewiątego dnia rozpoznaje i liczy już palce z odległości pół metra. Przy liczeniu wpatruje się chora kolejno w każdy przedmiot z osobna.

7. Rozpoznawanie wielkości przedmiotów i kształtów.

W miesiąc po operacji potrafi chora odróżnić, który przedmiot większy lub mniejszy. Przy określaniu wielkości podaje najczęściej wymiary większe. Pod koniec pobytu na klinice potrafi w powietrzu nakreślić kwadrat, koło — odróżnia także dobrze przedmioty prostokątne i koliste.

8 Ocena odległości.

W miesiąc po operacji sięga po przedmioty jeszcze niepewnie — chwyta zawsze bliżej niż powinna. Później oznacza dobrze, który przedmiot leży wyżej lub niżej.

9. Orjentacja w przestrzeni.

W przestrzeni orjentuje się doskonale, nie kierując się zupełnie dotykiem. Ręką wskazuje dobrze kierunek, w jakim się przedmiot znajduje. Obok kierunku oznacza palcem miejsce, w którem przedmioty się znajdują lecz tu zbacza czasem nieco.

10. Ruchy oczu.

Przy przyjęciu do kliniki istnieje nieznaczny oczopląs w kierunku poziomym. W kilka dni po operacji wpatruje się dobrze w światło. W miesiąc po operacji zwraca dobrze oczy za pokazywanym przedmiotem, nie potrafi jednakże dłużej się weń wpatrywać.

U chorej brak odruchowego kurczu powiek przy zbliżaniu przedmiotów do oka. Dopiero w sześć tygodni po operacji zwraca oczy samoistnie w żądanym kierunku bez pokazywania przedmiotu.

Po trzechmiesięcznym pobycie na klinice oczopląs ustąpił zupełnie.

11. Refrakcja i siła wzroku.

Po operacji nosi stale obustronnie szkła wypukłe $+10{,}_0$D.
Siła wzroku:
O. prawe
O. lewe } liczy palce na 1 m., ze szkł. wyp. $+10{,}_0$ na 3 m.

W książce Nieddena ze szkłem wypukłem $+14{,}_0$ D. wyszukuje wszystkie zera, określając je jako kółka.

12. Zachowanie się psychiczne chorej.

Z początku jest operowana dość apatyczna i nie stara się poznać otoczenia swym nowym zmysłem. Czyni to tylko z przymusu, niechętnie odpowiada na pytania, najchętniej zaś leży całymi dniami z zamkniętemi oczyma na łóżku. Stopniowo jednakże ten nastrój się zmienia a pod koniec pobytu w klinice daje się chora używać do najrozmaitszych posług w zastępstwie służącej klinicznej, która poszła na urlop.

Chora nigdy nie śni o tem, że coś widzi, tylko, że słyszy lub dotyka.

II. Jakób K. przyjęty na klinikę oczną z rozpoznaniem: *cataracta congenita et nystagmus oscillatorius oc. utr.*

Odmiennem jest zachowanie się chłopca, u którego wykonano również obustronną operację zaćmy (Prof. Machek).

Odmiennem jest zachowanie się chłopca po operacji. Od siostry umysłowo lepiej rozwinięty, śmielszy, rozmowniejszy, oczekiwał z niecierpliwością pomyślnego wyniku operacji. Rozpaczał więc prawdziwie, gdy mimo operacji stan jego zupełnie się nie zmienił — niczego bowiem prócz światła rozpoznać nie potrafił. Błąkał się dalej po salach z oczami przymkniętemi, z wyciągniętemi ku przodowi rękami, kierując się głównie dotykiem. Postaci ludzkich, krzeseł lub innych większych przeszkód umyślnie mu stawianych ominąć nie potrafił. Zdawał sobie tylko sprawę z bardzo znacznych kontrastów świetlnych np. na okno wskazywał zawsze dobrze.

Stan ten utrzymywał się około 6 tygodni.

Stale odpowiadał, że nic nie widzi a wszelkie próby wykonywane zniechęcały go tylko coraz bardziej.

Mimoto nie zaprzestaliśmy dalszych badań. Poleciliśmy całemu otoczeniu zwracać na chorego pilnie uwagę, pokazywać mu po kilkadziesiąt razy jeden i ten sam przedmiot i pozwoliliśmy samemu oglądać dany przedmiot ze wszystkich stron.

Wreszcie po 6-cio tygodniowych daremnych wysiłkach operowany po raz pierwszy rozpoznał pokazaną mu rękę. Z czasem ze znacznemi wciąż omyłkami rozpoznawał i inne przedmioty.

Zaczął się także powoli orjentować co do kształtu, wielkości i położenia przedmiotów.

Barwy o silnem nasyceniu nauczył się szybko rozpoznawać. Włóczki kolorowe dobiera powoli, z wielką trudnością, ale nigdy nie dobierze dwóch odmiennych barw.

Liczenie palców sprawia mu wiele trudności — przenosi kolejno wzrok z jednego palca na drugi.

Siła wzroku badana w 3 miesiące po operacji:
O. prawe
O. lewe } liczy palce w 30 cm., ze szkł. wyp. $+10{,}_0$ D. na 1 m.

Oczopląs, może nieco mniej wybitny, utrzymywał się do końca pobytu w klinice. Do ostatniego też dnia nie nauczył się operowany zwracać oczu na rozkaz w pewnym kierunku ani też wpatrywać się przez dłuższy czas w dany przedmiot.

20. lipca 1922 roku operowany wraz z siostrą opuszcza klinikę.

Przedstawione powyżej przypadki pozostawały przez okres stosunkowo krótki, bo zaledwie trzymiesięczny, w obserwacji lekarskiej. Przypadki opisane w piśmiennictwie wykazują przeważnie dłuższy okres spostrzegania. Tak np. Moreau spostrzega swój przypadek przez przeciąg 15 miesięcy, Uhthoff przez 6 miesięcy — są jednakże przypadki o obserwacji krótszej, jak np. przypadek Augsteina (Kl. M. f. A. 51. J. 1913), którego 15 letni chory, już po dwóch miesiącach zaopatrzony w okulary chodził swobodnie po ulicy i orjentował się jak widzący.

Ten dłuższy lub krótszy okres spostrzegania zależny jest czasem od czynników zewnętrznych (w naszych przypadkach zamknięcie kliniki na czas wakacji) lecz jeszcze bardziej podyktowanym jest koniecznością uwzględnienia osobistych różnic w rozwoju umysłowym osobników. Trzeba bowiem uwzględnić, że we wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia ze znacznem niedowidzeniem, ze stanem, który występuje nietylko u ślepych z urodzenia ale także i u osobników widzących, kiedy jedno oko nie bierze udziału w obuocznym akcie widzenia, jak to ma miejsce przy znaczniejszych stopniach zezu, gdzie oko zezujące wykazuje znaczne upośledzenie siły wzroku i powstaje niedowidzenie z braku ćwiczenia. Usunięcie tego niedowidzenia wymaga także dłuższego czasu i ciągłego ćwiczenia. W przypadkach ślepoty z urodzenia wskutek zaćmy i następowego tejże usunięcia warunki dla uzyskania lepszej bystrości wzroku są znacznie gorsze i dłuższy okres czasu musi upłynąć, zanim odwykłe od procesu patrzenia czopki i pręciki przyzwyczają się do swych nowych czynności.

Pouczającym tego przykładem jest spostrzegany i operowany przez Prof. Bednarskiego przypadek zaćmy wrodzonej obu oczu u chłopca 10-letniego, który bezpośrednio po operacji (wrzesień 1918) nie był w stanie sam chodzić i palców nie liczył. Operacja wypadła technicznie nadzwyczaj dobrze, źrenice były czyste, czarne. Ten stan niedoślepu trwał aż do grudnia, w którym to miesiącu chory począł sam chodzić. Barwy rozpoznawał dobrze. W siedm miesięcy po operacji siła wzroku u operowanego tak się poprawiła, że przy użyciu szkła wypukłego o sile $+10{,}_0$ D liczył na oku prawem palce w odległości 6 m., a na oku lewem ostrość wzroku równała się $^{6}/_{15}$.

To odzyskanie zaginionej prawidłowej czynności wzroku jest rzeczą indywidualną. W naszych przypadkach odmiennie pod tym względem zachowali się brat i siostra. Stan odrętwienia siatkówki trwał u brata znacznie dłużej i dopiero pod koniec pobytu na klinice, czynność widzenia zaczęła się poprawiać przez ciągłe ćwiczenie.

U obu rodzeństwa ślepota miała być całkowitą od urodzenia. Jednakże wynik badania anatomicznego wydobytej u siostry soczewki nie wyklucza, że stwierdzona całkowita zaćma wrodzona rozwinąć się mogła z pierwotnej zaćmy warstwowatej. Przypuścić by więc można, że siostra mając z początku zaćmę warstwowatą zachowała przez czas dłuższy widzenie, choćby znacznie upośledzone, które wobec tego nie podupadło tak zupełnie, jak to ma miejsce po wystąpieniu zaćmy całkowitej.

Znane są przypadki, że nabyte nawet we wczesnem dzieciństwie pojęcia wzrokowe, zatracają się później, występuje zapomnienie, oduczenie się widzenia (Axenfeld Kl. M. f. A. 38. J. 1900) »*Verlernen des Sehens*«. Takie oduczenie się widzenia może mieć miejsce i u osobników starszych. Lobanow (C. c.) opisuje chorych 60 do 70 letnich, którzy ociemnieli od lat kilkunastu z powodu zaćmy i którzy po dokonanej operacji zachowali się zupełnie jak ślepi z urodzenia. Istnieje jednakże różnica w zachowaniu się późniejszem obu rodzajów chorych — według zdania powyższych autorów — niezdolność widzenia ustępuje w krótkim czasie u tych osobników, którzy przedtem widzieli.

Nadmienić także należy, że zachodzi różnica między zachowaniem się dzieci po operacji a osobników dorosłych. Orhlström (Skand. A. f. Phys. VII. 1897), opisując przy-

padek zaćmy wrodzonej (9 letnia dziewczynka) powołuje się równocześnie na przypadek Hippla (A. f. O. 21. 1875) (4 letnia dziewczynka) i Uhthoffa (7 letni chłopak), którzy po odzyskaniu wzroku tylko niedokładnie oceniać umieli odległości, podczas gdy przypadek opisany przez Francke'a (refer. v. Nag. Ber. 25. 1894), dotyczący 26-letniego chorego, operowanego z powodu zaćmy, stwierdza, jak szybkie postępy może starszy osobnik czynić w rozpoznawaniu przedmiotów.

Tę różnicę w zachowaniu się dzieci i dorosłych wytłumaczyć można u obu stanem umysłowości. Osobnik dorosły, chociaż ślepy z urodzenia, ma jednakże już w pełni rozwinięte władze umysłowe, które pozwalają zatrzymać mu w pamięci obraz i nazwę przedmiotów pokazywanych, podczas gdy dziecko zapomina szybko nowe i nie przyswojone sobie wrażenia.

Harford (Proc. of the Roy. Soc. of Med. 15, refer. v. Z. f. d. g. O. VII. 1922), zastanawiając się nad stosunkiem nowoczesnej psychologji do zagadnienia widzenia, dochodzi do wniosku, że widzenie u dziecka odbywa się krok za krokiem, odpowiednio do stopniowego przebudzania się inteligencji. Ślepy z urodzenia nie ma wyobrażenia o barwach i tylko z trudnością przychodzi mu poznać zagadnienia przestrzeni, wielkości i odległości. Stopień inteligencji odgrywa więc w tych przypadkach ważną rolę — ów 26-cio letni chory Francke'a był wychowankiem zakładu dla ślepych.

Stopień zaś siły wzroku przy otrzymywaniu dodatnich wyników nie wchodzi tu w rachubę, gdyż właśnie wspomniany chory liczył po operacji zaledwie palce na 30 cm.

Ponadto zwraca szczególną uwagę w jednym z naszych przypadków (u siostry) nadzwyczaj szybko uzyskana zdolność rozpoznawania barw.

Nasza chora już we wczesnym okresie — po miesiącu, rozpoznaje dobrze zasadnicze barwy, mimo upośledzoną jeszcze siłę wzroku. Jest to stan przypominający znowu stosunki, jakie mają miejsce przy niedowidzeniu z braku ćwiczenia. Badania autorów jak Schoen (Nag. Ber. 1873), Treitels (A. f. O. 25. 1879), Vossius (Lehrb. d. A. 1898), pochodzące jeszcze z przed laty kilkudziesięciu, stwierdzają zgodnie, że w tych przypadkach, mimo upośledzoną bystrość wzroku z braku ćwiczenia, rozpoznawanie i granice barw, badane perymetrem, są prawidłowe.

Widząc tak dobrze rozwiniętą zdolność rozpoznawania barw u ślepych z urodzenia (także w przypadkach innych opisanych w piśmiennictwie) wprost odnosi się wrażenie, jakoby zdolność rozpoznawania barw była zjawiskiem bardziej pierwotnem, aniżeli zmysł przestrzeni i złączone z nim jakościowe widzenie. Zastanowić należałoby się nad tem zagadnieniem, czy w rzeczywistości rozpoznawanie barw nie jest jedną z pierwotnych zasadniczych cech nawet zwierzęcego ustroju.

Zdania bowiem co do zdolności rozpoznawania barw u zwierząt niższych są dotychczas jeszcze podzielone. Powszechnie przyjętem jest w naukach przyrodniczych mniemanie, że pszczoły są wrażliwe na przepyszne kolory rozmaitych kwiatów — chociaż nowsze badania Hessa (Zool. Jahrb, 34. 1912, Neur. Centr. 1912; Z. f. Biol. 1914), natury doświadczalnej, podjęte właśnie w tym kierunku u pszczół i ryb, zaprzeczają istnieniu zdolności rozpoznawania kolorów. Hess przypisuje tę zdolność tylko małej grupie zwierząt kręgowych, podczas gdy najniższe z kręgowców, ryby, mają się wobec barw zachowywać tak jak ludzie z barwoślepem. Natomiast najnowsza praca japońskiego autora Hirose (Ref. v. Z f. d. g. O. IX. 1923) stwierdza znowu, że japońskie rybki złote posiadają zdolność rozpoznawania barw.

Badania te, dziś jeszcze ostatecznie nie rozstrzygnięte, świadczą w każdym razie, że zdolność rozpoznawania barw jest jednem ze zjawisk pierwotnych i dlatego może występuje u osobników nawet ślepych z urodzenia, którym później zwrok przywrócono, jeszcze przed ujawnieniem się zmysłu przestrzeni i zdolności rozpoznawania kształtów.

Jeszcze jeden szczegół zasługuje na podkreślenie.

Ruete wymienia w swym podręczniku okulistyki z r. 1854 zdanie Ammona, że brak jest plamki żółtej u osobników, którzy wskutek zaćmienia środków łamiących są ślepymi z urodzenia.

Zapatrywanie to przytoczył jeden z nas (Reis, Pol. Gaz. lek. 4. 1923) w wykładzie »o plamce żółtej siatkówki i jej badaniu w świetle bezczerwiennem«, a dopiero badanie dna oka u chorej przez nas spostrzeganej, dokonane w świetle bezczerwiennem wykazało, że u niej, mimo że jest ślepą z urodzenia, daje się stwierdzić żółtawe zabarwienie plamki środkowej siatkówki.

Na zakończenie powracamy do zagadnień teoretycznych poruszonych we wstępie niniejszego artykułu. Przypadki przez nas spostrzegane utrwalają nas w przekonaniu, że widzenie u ślepego z urodzenia zależnem jest w znacznej mierze od następowego ćwiczenia i zużytkowania doświadczeń nabytych nowo odzyskanym zmysłem wzroku — końcowy zaś wynik zależy w rzeczywistości od pracy wychowawczej, poświęconej temu celowi.

Chorzy ślepi z urodzenia przedstawiają po dokonanej dla odzyskania wzroku operacji, tylko surowy materjał, z którego wychowanie celowe może dopiero wykształcić osobników korzystających w całej pełni ze swego wzroku. Słusznie też powiada Szokalski w jednym z »*Listów o patrzeniu i spoglądaniu czyli o macaniu okiem, w stanie zdrowia i choroby*« z r. 1856:

»Operacja z urodzenia zaciemniałego oka, usuwa w nim jedynie tylko mechaniczną wzroku przeszkodę, ale go ani widzieć ani patrzeć nie uczy. Stawia go ona w tym samym położeniu, w jakiem się ręka znajduje, kiedy się w niej poprzecina ściągacze pokurczone palców, po których pewnie nikt zaraz nie wymaga, ażeby pędzlem lub igłą władały«.

Dr. Józef HELD. Warszawa.

O zawartości barwników żółciowych we krwi i odporności czerwonych krążków krwi w stanach chorobowych.

(Doniesienie tymczasowe).

Z I. oddz. wewn. Szpitala Wolskiego. Ordyn. Dr. A. Landau.
(Według odczytu, wygłoszonego na V Zjeździe Internistów Polskich w Wilnie, dn. 10. VII. 1923).

Na oddziale naszym zbadałem z inicjatywy p. Dra A. Landaua z górą 50 przypadków różnych stanów chorobowych, w których oznaczałem zawartość w surowicy barwników żółciowych, odporność czerwonych krążków krwi względem roczynów hypertonicznych soli kuchennej, ilość czerwonych i białych ciałek oraz hemoglobiny we krwi; jednocześnie zwracałem uwagę na obecność w moczu tych chorych barwników żółciowych, urobiliny i urobilinogenu. Zależało nam na stwierdzeniu, czy między temi zjawiskami zachodzi jaka łączność lub zależność przyczynowa, jak również na rzuceniu pewnego światła na mechanizm powstawania żółtaczek. W komunikacie dzisiejszym ograniczę się wyłącznie do krótkiego zestawienia otrzymanych danych liczbowych, zaś o wnioskach, jakie z badań naszych dadzą się wysnuć w sprawie powstawania pewnych form żółtaczek, mowa będzie kiedyindziej,

Przy oznaczaniu w surowicy barwników żółciowych posiłkowałem się metodą H. v. d. Bergha; pozostałe składniki określałem zwykle używanemi w klinice metodami i dlatego o nich nie będę tu wspominał. Metoda H. v. d. Bergha, zdaniem jej autora, daje możność odróżnienia żółtaczek zastoinowych od t. zw. dynamicznych, t. j. takich, które powstają wskutek przedostania się do krwiobiegu bilirubiny, nie wydzielonej jeszcze przez komórki wątrobowe. W przypadkach żółtaczek zastoinowych surowica przybiera charakterystyczne czerwone zabarwienie natychmiast po dodaniu odczynnika dwuazowego, w przypadkach żółtaczek dynamicznych zabarwienie to występuje po upływie pewnego czasu, albo też dopiero po uprzedniem odbiałczeniu surowicy alkoholem. Fakt ten, potwierdzony również przez Lepehnego, tłumaczy H. v. d. Bergh w ten sposób, że w przypadkach odczynu zwolnionego cząsteczka bilirubiny jest związana z ciałami białkowemi surowicy, a odczyn ten występuje dopiero po uprzedniem zerwaniu tego związku. Określona tą metodą zawartość fizjologiczna

barwników żółciowych w surowicy waha się od $\frac{1}{1.000.000}$ do $\frac{1}{300.000}$, czyli od 0.2 do 0.6 jednostek (1 jednostka = $\frac{1}{200.000}$). Ścisłe rozgraniczenie bilirubinemji dynamicznej od zastoinowej na zasadzie odczynu v. d. Bergha napotyka niekiedy na znaczne trudności. Po pierwsze dlatego, że w przypadkach przeszkody mechanicznej odczyn bezpośredni natychmiastowy występuje dopiero wówczas, gdy zawartość barwników żółciowych dochodzi do znaczniejszych liczb (około 2-ch jednostek). Tak n. p. w jednym przypadku częściowego zatkania przewodów żółciowych przerzutem rakowym zawartość barwników żółciowych wynosiła 1.5 jednostek, a odczyn v. d. Bergha był zwolniony. Powtóre nieraz w żółtaczce zastoinowej występuje odczyn dwufazowy: po dodaniu odczynnika surowica przybiera natychmiast czerwone zabarwienie, które wzmaga się jeszcze po pewnym czasie. Natomiast mogliśmy potwierdzić fakt, b. doniosły, zauważony już przez v. d. Bergha i Lepehnego, że w przypadkach żółtaczek zastoinowych barwniki żółciowe zjawiają się w moczu natychmiast, gdy zawartość ich we krwi przekracza 4,0 jedn.; natomiast w żółtaczkach, uważanych za dynamiczne, barwniki żółciowe nie zjawiają się w moczu nawet w razie znacznie większej zawartości we krwi.

Tablica I. Zapalenie nerek.

L. p.	Rozpoznanie	Ilość cz. c. krwi	HB.	Index	Bilirubina we krwi	Odporność	Mocz
1	Zapal. ner. przewl. śródm.	2.060.000	58%		Bezp. — Ilość 0	H_1—1,41 H_3—0,31	Ur-ogen-ina —
2	» »	2.600.000	55%	1.0	» — » 0	H_1—0,43 H_3—0.33	» —
3	» »	3.000.000	58%	0.97	» — » 0	H_1—0.42 H_3—0,32	» —
4	» podostre	3.100.000	61%	1.0	» — » 0.2	H_1—0.43 H_3—0.33	» —
5	Zatrucie sublimatem	3.200.000	68%	1.1	» — » 0	H_1—0.43 H_3—0.30	» —
6	» »	—	—	—	» — » 0.2	H_1—0,42 H_3—0.30	—
7	Miażdż. ner. zł.	—	—	—	» — » 0.2	— —	» —

Tabl. Nr. 1. obejmuje wyniki badań krwi w przebiegu zapalenia nerek (4 przyp. marskości nerek zanikowej, 1 przyp. zapal. kłębuszków podostr. krwotocznego – glomerulo-nephr. subac. haemor., 2 przyp. ostrej nefrozy sublimatowej). W tej grupie zwraca uwagę brak, ew. minimalna zawartość barwników żółciowych w porównaniu z tem, cośmy otrzymali w 45 innych przypadkach, jak również w porównaniu z fizjologiczną zawartością bilirubiny w surowicy. Z 7 przyp. zapalenia nerek — w 4-ch obie próby v. d. Bergha wypadły ujemnie, tylko w 3-ch przypadkach: jednym marskości nerek złośliwej, drugim zatrucia sublimatowego i 3-cim zapalenia podostrego kłębuszków próba pośrednia wykazała ślady (0.2) bilirubiny. We wszystkich tych przypadkach mieliśmy do czynienia z wyraźną niedokrewnością; zawartość krwinek od 2.060.000 do 3.200.000, hemoglobiny od 55% do 68%; natomiast odporność czerwonych krwinek jest wyraźnie wzmożona; H_1 między 0.43—0.41; H_3-m. 0.30—0.33. Na uwagę zasługuje okoliczność, iż nawet przypadki, powikłane niedomogą serca, która zazwyczaj prowadzi do znacznej hyperbilirubinemji, dają odcz. v. d. Bergha w surowicy ujemny, a w moczu wykazują brak urobilinogenu i urobiliny. Jak znacznie zapalenie nerek prowadzi do zmniejszenia bilirubiny w surowicy i wzmożenia odporności ciałek czerwonych, świadczy przyp. Nr. 4 T. I; gdy chory przybył na nasz oddział z objawami zapalenia płuc grypowego, zawartość bilirubiny we krwi wynosiła 1.0 jedn. odporność H_1—0.48; H_3—0.37; po 2-ch miesiącach, gdy w obrazie klinicznym na pierwszy plan wysunęło się krwotoczne zapalenie nerek, zawartość barw. żółć. spadła do 0.2, a odporność czerw. krążków zwiększyła się: H_1—0.43, H_3—0.33). Zubożenie krwi w przebiegu przewlekł. zapal. nerek w krwinki czerwone, hemoglobinę i barwniki żółciowe świadczy, iż w danym razie mamy do czynienia z zahamowaniem czynności wytwórczej szpiku kostnego, czyli innemi słowy, z pewnego rodzaju niedokrewnością aplastyczną. Prawdopodobnie wchodzi tutaj w grę również pewna niedomoga układu siateczkowo-nabłonkowego wątroby i śledziony, który jak wykazali Eppinger i Lepehne z jednej strony bierze udział w wytwarzaniu barwników żółciowych, z drugiej zaś posiada zdolność zatrzymywania żelaza, powstałego z rozpadu czerwonych krwinek, lub doprowadzonego z zewnątrz (w pokarmach lub zastrzyknięciach dożylnych). Otóż Kisch stwierdził, że w przebiegu zapalenia śródmiąższowego nerek ilość wydzielanego z moczem żelaza jest wybitnie zwiększona (zamiast 1 mlg. — od 6 do 12 mlg. na dobę), co tłumaczy uszkodzeniem układu siateczkowo-nabłonkowego, który utracił zdolność zatrzymywania żelaza. Tą drogą ustrój traci żelazo, które normalnie zostaje przekazane szpikowi kostnemu celem dalszej resyntezy i przeróbki na czerwone krążki krwi. Z powyższego wynikałoby, iż w zapaleniu nerek pierwotnie ulega schorzeniu układ siateczkowo-nabłonkowy, skutkiem czego podupada produkcja barwników żółciowych i zdolność jego do zatrzymywania żelaza, zaś niedokrewność aplastyczna jest pochodzenia wtórnego.

Na tabl. Nr. 2 zestawione zostały wyniki badań krwi w 19 przypadkach chorób zakaźnych. Z tych 1-sza grupa obejmuje 6 badań w. przebiegu duru brzusznego. Zawartość barwników żółciowych jest tutaj nieznacznie wzmożona i waha się od 0.7 do 0.9 jedn.; w jednym ślady (0.3) a w jednym wynosi 1.3 jedn. z odczynem bezpośrednim — zwolnionym. Hyperbilirubinemja durowa, wprawdzie nieznaczna, występuje dopiero w drugiej połowie choroby (najmniejsza ilość bilirubiny 0.3—10 dnia choroby, największa 27 dnia). Zawartość czerwonych ciałek waha się znacznie i od 5 z górą miljonów do 2½; hemoglobina od 106% do 50%, przyczem niedokrewność postępuje z biegiem choroby. Co się tyczy odporności czerwonych ciałek, to ta wykazuje osłabienie jej u pewnej części krwinek: H_1 — ślady hemolizy między 0.48 a 0.50. Z zestawienia danych, otrzymanych w durze brzusznym, wynika, iż wzmożenie zawartości bilirubiny w surowicy zupełnie nie idzie w parze: 1) ze zmniejszeniem ilości czerwonych krwinek, ew. hemoglobiny: przypadki ze znaczną stosunkowo niedokrewnością (N—5) posiadają znacznie mniej barwników żółciowych, niż te, w których zawartość czerwonych krążków jest stosunkowo nieznacznie zmniejszona (N—6); 2) ze zmniejszeniem odporności czerwonych krwinek: w przypadkach ze stosunkowo większą bilirubinemją krwinki odznaczają się mniejszą łamliwością (N—6) aniżeli u chorych z mniejszą zawartością bilirubiny we krwi (N—1). Ta hyperbilirubinemja w przebiegu duru brzusznego powstaje prawdopodobnie wskutek uszkodzenia komórek wątrobowych pod wpływem zakażenia durowego (Abrami i Gautier, Brulé).

Druga grupa obejmuje badania krwi w zimnicy, które przeprowadziliśmy albo podczas ataku gorączki, albo zaraz

Tablica II. Choroby zakaźne.

L. p.	Rozpoznanie	Dzień choroby	Ilość cz. c. krwi	HB	Index	Bilirub. we krwi	Odporność		Mocz
1	Dur brzuszny	13	4.240.000	91%	1.07	» — » 0.7	H_1—0.50	H_3—0.35	— —
2	» »	21	2.480.000	56%	1.1	» — » 0.7	H_1—0.48	H_3—0.32	+
3	» »	?	3.000.000	62%	1.0	» — » 0.9	H_1—0.50	H_3—0.34	» +
4	» »	10	5.080.000	106%	1.06	» — » 0.3	H_1—0.46	H_3—0.34	» —
5	» »	27	2.500.000	52%	1.0	» — » 0.8	H_1—0.49	H_3—0.35	» +
6	» »	27	3.300.000	67%	1.0	» zwol » 1.3	H_1—0.48	H_3—0.34	» ++
7	Dur powrotny	—	3.640.000	82%	1.1	» + » 1.2	H_1—6.45	H_3—0.34	+
8	Zimnica	—	2.600.000	52%	1.0	» zwol » 1.0	H_1—0.49	H_3—0.33	+
9	»	—	3.100.000	60%	1.0	» zwol » 1.2	H_1—0.47	H_3—0.33	++
10	»	—	3.500.000	80%	1.1	» 0.9	H_1—0.47	H_3—0.34	+
11	Endocard. exac.	—	2.900.000	60%	0.98	» 0.6	H_1—0.45	H_3—0.35	—
12	Włośnica		4.750.000	90%	0.95	» 0.4	H_1—0.45	H_3—0.36	—
13	Sepsis staphyl.	24	2.600.000	50%	1.0	» 0.9	H —0.46	H_3—0.36	śl
14	Zapal. płuc krup.	8	3.900.000	80%	1.0	Bezp. zwol. » 1.3	H_1—0.53	H_3—0.38	+
15	» » »	6	4.100.000	79%	0.98	» » » 1.2	H_1—0.49	H_3—0.34	+ śl
16	» » »	7	3.600.000	70%	0.99	» — » 1.0	H_1—0.48	H_3—0.37	— —
17	» » »	8	3.700.000	76%	1.05	» zw. » 1.3	H_1—0.46	H_3—0.37	+
18	» » »	9	3.400.000	66%	0.96	» zw. » 1.5	H_1—0.51	H_3—0.3	+
19	» » »	6	4.000.000	82%	1.0	» zw. » 1.2	H_1—0.50	H_3—0.36	+

po nim. Zawartość barwników żółciowych jest w porównaniu z durem brzusznym nieco większa i waha się w granicach 0.9—1.2 jedn. Część krwinek wykazuje nieco zmniejszoną odporność: H_1 — od 0.47 do 0.49. Ilość czerwonych krwinek waha się od $2^1/_2$ do $3^1/_2$ miljonów; Hb od 52% do 80%. I tutaj również zaznacza się wyraźnie niestosunek między zawartością bilirubiny we krwi, a stopniem niedokrewności: n. p. przyp. N 9 z 3 miljonami czerw. krążków i 60% Hb zawiera 1·2 jedn., wówczas gdy przyp. N—8 z $2^1/_2$ milj. i 52% Hb zawiera jej tylko 0.07. Niewątpliwie, skutkiem wzmożonego rozpadu krwinek w zimnicy, produkcja bilirubiny jest zwiększona, czem się tłumaczy zwiększone jej wydalanie przez komórki wątrobowe oraz spotykane w zimnicy zagęszczenie żółci (*pleiochromia*). Prawdopodobnie komórki wątrobowe, przeciążone nadmierną pracą, nie mogą uporać się z całkowitą ilością bilirubiny, której część dostaje się do ogólnego krwiobiegu i powoduje hyperbilirubinemję (E p p i n g e r). S a c q u e p é e stwierdził w zimnicy wybitne zmniejszenie odporności czerwonych krwinek skutkiem czego zaliczał żółtaczki w przebiegu zimnicy do rzędu hemolitycznych. H e r t z, przeciwnie, w przypadku zimnicy z żółtaczką zaważył wzmożoną odporność krwinek. W naszych przypadkach jak już zauważyłem, mieliśmy do czynienia z nieznacznie zmniejszoną odpornością krwinek.

Trzecia grupa chorób zakaźnych obejmuje badania w przebiegu zapalenia płuc krupowego; badań dokonywaliśmy zwykle 6—9 dnia choroby, przed spadkiem ciepłoty, w tym okresie, kiedy skóra przybiera zwykle odcień podżółtaczkowy.

Odczyn v. d. Bergha w surowicy bezpośredni zjawiał się zawsze jako wybitnie zwolniony, niekiedy dopiero po kilku godzinach. Zawartość barwników żółciowych wahała się od 1.0 do 1.5 jednostek, czyli dochodziła do 3-krotnej w porównaniu z liczbami prawidłowemi. Nie bacząc na znaczną zawartość barwników żółciowych, ilość czerwonych krwinek jest tylko nieznacznie zmniejszona. Badanie odporności wykazało wyraźne jej zmniejszenie: H_1 (ślady) między 0.48—0.53; H_2 (wyraźna) 0.42—0.44; zupełna H_3 0.35—0.38; w przyp. N—14 zmniejszenie odporności zaznaczone jest najwyraźniej (H_1—0.53). Źródła hyperbilirubinemji w przebiegu zapalenia płuc Eppinger upatruje w płucach. W przebiegu badań stwierdził on w zwątrobiałych płucach znaczną żelazicę, która powstawać ma w ten sposób, że ciałka czerwone przedostają

się z naczyń do pęcherzyków płucnych, tutaj hemoglobina ulega rozpadowi, a z części bezżelazistej wytwarza się bilirubina. Za powstawaniem bilirubiny na miejscu, w pęcherzykach płucnych przemawia plwocina, przybierająca nieraz odcień zielonkawy (E p p i n g e r). Do hyperbilirubinemji w zapaleniu płuc krupowem w znacznym stopniu przyczynia się niewydolność miąższu wątrobowego, który ucierpiał skutkiem zakażenia pneumokokowego. E p p i n g e r tę postać żółtaczki nazywa wątrobowo-płucną i przeprowadza analogję pomiędzy nią, a żółtaczką hemolityczną, t. zw. wątrobowo-śledzionową. Na zasadzie zwolnionego odczynu v. d. B e r g h a, oraz zmniejszenia odporności czerwonych krwinek możemy istotnie hyperbilirubinemję w zapaleniu płuc zaliczyć do rzędu hemolitycznych.

Zestawiając otrzymane wyniki w przebiegu chorób zakaźnych, widzimy, że zawartość barwników żółciowych w durze brzusznym jest nieznacznie wzmożona (0.7—0.9), nieco więcej ich jest w zimnicy (0.9—1.2); największa stosunkowo zawartość (od 1.0 do 1.5) w zapaleniu płuc krupowem przed spadkiem ciepłoty. Odporność czerwonych krwinek: zmniejszona wyraźnie w pewnych przypadkach zapalenia płuc (00.08); w durze brzusznym i zimnicy część krwinek tylko wykazuje nieznaczne zmniejszenie odporności We wszystkich tych stanach chorobowych widoczny jest niestosunek między zubożeniem krwi w krwinki czerwone ew. hemoglobinę a zwiększeniem zawartości bilirubiny, co dowodzi, iż o zawartości bilirubiny stanowi jeszcze większa lub mniejsza wydolność komórek wątrobowych.

Dwa przypadki nasze dotyczą wybitnej niedomogi serca zależnie od wad zastawki dwudzielnej. Wystarczy tylko powierzchowny rzut oka na dane liczbowe, otrzymane u tych chorych, aby stwierdzić zasadniczą między nimi różnicę (tabl. III.). W przyp. I-szym — notowane jest podżółtaczkowe zabarwienie skóry i łącznic, jak również zawał krwotoczny w płucach; w moczu: urobilinogen i urobilina. Odczyn v. d. B e r g h a w surowicy bezpośredni — wybitnie zwolniony. Zawartość bilirubiny 2.2 jedn. Odporność krwinek nieznacznie zmniejszona (H_1—0.49; H_3—0.37). Dane te zdają się przemawiać za dynamicznem pochodzeniem żółtaczki w tym przypadku. W przyp. 2-gim: żółtaczka wyraźna; zarówno natychmiastowy odczyn bezpośredni v. B e r g h a (ze wzmożeniem zabarwienia po pewnym czasie) oraz obecność barwników żółciowych w moczu przy zawartości ich we krwi 4.5 jedn. świadczą o zastoinowem pochodzeniu żółtaczki. Czy istotnie mechanizm powstawania hyperbilirubinemji w obu tych przypadkach niedomogi serca jest tak różny, jak by to wynikało z prób v. d. Bergha, nad tem w tej chwili nie będę się zastanawiał. Rzecz ta wymaga jeszcze dalszych badań.

Tablica III. Niedostateczność serca.

L. p.	Rozpoznanie	Ilość cz. c. krwi	HB.	Index	Bilirubina we krwi	Odporność		Mocz
1	Insuf. et. sten. mitr. infarctus	4.800.000	92%	0.97	Bezp. zwol. Ilość 22	H_1—0.49	H_3—0.37	» ++
2	Insuf. et stenosis mitr.	4.300.000	81%	0.97	» nat. + » 4.5 po pewn. czasie ++	H_1—0.44	H_3—0.34	barw. żółć. +

Czwarta grupa obejmuje 11 badań krwi w przebiegu różnego rodzaju niedokrewności. Zawartość czerwonych krwinek waha się od 600.000 do 2.820.000 w 1 mm³; Hemogl. od 13% do 82% (za wyjątkiem 2-ch przypadków: błednicy i trombopenji samoistnej z nieznacznie stosunkowo zmniejszoną zawartością krwinek). Zmniejszona zawartość krwinek zależy bądź od ich wzmożonego rozpadu, bądź też od zahamowania czynności wytwórczej szpiku kostnego, bądź wreszcie od jednoczesnego działania obu tych czynników.

Na zasadzie naszych badań nad zawartością barwników żółciowych w surowicy i odpornością czerwonych krwinek możemy podzielić przypadki niedokrewności ciężkiej na 2 kategorje. Do 1-szej kategorji należy przypadek, w którym mamy typowy obraz niedokrewności ciężkiej (600.000 krwinek; Hb. 13%) z objawami regeneracji ze strony szpiku kostnego (normoblasty, megaloblasty, młode formy); zawartość bilirubiny we krwi wynosi tutaj 5.0 jednostek z odczynem bezpośr. zwolnionym. Zwolniony odczyn v. d. B e r g h a oraz brak barwników żółciowych w moczu świadczy o dynamicznem pochodzeniu zawartej we krwi bilirubiny.

Nie będę tu zastanawiał się nad patogenezą wzmożonej zawartości bilirubiny we krwi w przebiegu niedokrewności ciężkiej. Prawdopodobnie śledziona z jej układem siateczkowo-nabłonkowym jest tym narządem, w którym dokonywany jest pierwszy atak na czerwone krążki, i w którym odbywa się przetwarzanie hemoglobiny czerwonych krążków na bilirubinę. Przemawiają za tem badania, stwierdzające w niedokrewności ciężkiej większą zawartość bilirubiny w żyle śledzionowej w porównaniu z krwią obwodową (H. v. d. B e r g h, S n a p p e r, N a e g e l i, K a t z n e l s o n) oraz fakty wielokrotnie potwierdzone, że żółtaczka w przebiegu tego stanu chorobowego znika po usunięciu operacyjnem śledziony. W przypadku naszym podkreślić należy wyraźne wzmożenie odporności czerwonych krwinek: H_1 0.40; H_2 - 0.36; H_3—0.29, które nie stoi na przeszkodzie ich wzmożonej hemolizie. Możliwem jest, iż wzmożenie odporności krwinek przypisać należy obecności jądrowych, względnie młodych form czerwonych ciałek, o czem świadczą badania H a n d o w s k y'e g o i S n a p p e r a, którzy po silnej utracie krwi zauważyli wzmożenie odporności wówczas, gdy w krwiobiegu ukazały się młode szpikowe postacie czerwonych krążków. R u s z n y a k i B a r a t w przyp. niedokrewności złośliwej stwierdzili, że w silnie hypotonicznych roztworach, w których uległo hemolizie ³/₄ do ⁴/₅ krwinek, jądrowe formy w całości zachowały swoją budowę.

2-ga kategorja obejmuje przypadki niedokrewności o typie aplastycznym, bez widocznych objawów regeneracji ze strony szpiku (brak szpikowych i młodych form). Zawartość barwników żółciowych nie przekracza tutaj 1.6 jednostek. Stąd wniosek, że hemoliza czerwonych krwinek w tych przypadkach przybiera mniej znaczne rozmiary i że niedokrewność zależna jest w pierwszym rzędzie od zahamowanej czynności szpiku kostnego. Odporność czerwonych ciałek w tych przypadkach jest naogół prawidłowa.

Pod żadną rubryką nie daje się umieścić przypadek, który niedawno był demonstrowany w War. Tow. Lek. przez Dra A. L a n d a u a; jako posiadający z jednej strony cechy ciężkiej niedokrewności aplastycznej (ciał czerw. 1.150.000; Hb. 18% bez postaci regeneracyjnych) z drugiej strony objawy żółtaczki hemolitycznej (zmniejszona odporność czerwonych krwinek H_1—0.54; H_2—0.47; H_3—0.39).

Na tablicy Nr. 4 zestawione zostały wyniki badań krwi w 7-iu przypadkach żółtaczek pochodzenia wątrobowego, a mian. w 4 ch z mechanicznem zatkaniem przewodów żółciowych przez kamień lub nowotwór, w 3-ch żółtaczki nieżytowej. W 6-u przypadkach odczyn v. d. Bergha bezpośredni—natychmiastowy, w jednym tylko nieznacznie zwolniony; w 2-ch przypadkach żółtaczki nieżytowej odcz. bezpośredni przebiegał dwufazowo to zn. w pewnym czasie ulegał wzmożeniu. Zawartość bilirubiny we krwi wybitnie wzmożona (od 1.5 do 9.0 jednostek). We wszystkich przypadkach z wyjątkiem dwóch N—2 i N—3 w których hyperbilirubinemja była nieznaczna — 1.5, 2.3 jednostek) w moczu były obecne barwniki żółciowe. Zawartość czerwonych krwinek oraz hemoglobiny z wyjątkiem obu przypadków nowotworów nieznacznie odbiega od liczb prawidłowych (3.700.000—4.200.000; Hb. 72% 90%). Jest to zupełnie zrozumiałe, ponieważ żółtaczka, o której mowa, zależy nie od zwiększonej produkcji bilirubiny z rozkładu czerwonych krwinek, lecz od nieprawidłowego przedostawania się żółci do krwiobiegu zamiast do dróg żółciowych, a stamtąd do dwunastnicy. Odporność czerwonych krwinek we wszystkich przypadkach jest wyraźnie wzmożona H_1 od 0.42 do 0.39; H_3—0.29 do 0.30); zjawisko powyższe dawno jest znane, jako towarzyszące żółtaczce zastoinowej. Wspomnieć należy o badaniach R u s z n y a k'a i I r e n y B a r u t, którzy stwierdzili, że czerwone krwinki po uprzedniem zadziałaniu na nie soli kwasów żółciowych

Tablica IV. Żółtaczka zastoinowa.

L. p.	Rozpoznanie	Ilość cz. c. krwi	HB.	Index	Bilirubina we krwi	Odporność		Mocz
1	Kamica z zat. d. chol.	3.700.000	72%	0.98	Bezp. nat. Ilość 5,0	H_1—0.42	H_3—0.30	barw. żółć. +
2	Carcin. pancr.	2.400.000	52%	1.1	» » » 9,0	H_1—0.39	H_3—0.29	» » +
3	» ovarii; metast. in hepate	2.500.000	50%	1.0	» niezn. zw. » 1,5	H_1—0.41	H_3—0.31	» » —
4	cholelit. et cholecyst.	3.900.000	80%	1.0	» nat » 2.3	H_1—0.42	H_3—0.30	» » —
5	Icter. catar.	4.210.000	90%	1.15	dwuf. » 7,0	H_1—0.41	H_3—0.30	» » +
6	»	3.800.000	78%	1.0	» nat » 6.0	H_1—0.42	H_3—0.30	» » +
7	»	3.900.000	80%	1.0	» dwuf » 4.8	H_1—0.43	H_3—0.31	» » +

wykazują następnie wybitne wzmożenie odporności względem rozczynów hypotonicznych.

Wreszcie 6-ta grupa obejmuje kilka luźnych przypadków (przyp. raka, przyp. kiły późnej, zatrucia kwasem octowym, ciąży zamacicznej, przypadek tasiemca). W przyp. raka żołądka przy znacznej niedokrewności ($2^1/_2$ miljona krwinek, 50% Hb) zawartość barwników żółciowych w surowicy jest minimalna (0.2); w przypadku tym stwierdziliśmy wzmożenie odporności krwinek, (H_1—0.42—0.43; H_3—0.31), na co w swoim czasie zwrócili uwagę Lang i Veyrassat, którzy objawowi temu przyznawali duże znaczenie rozpoznawcze w przebiegu raka żołądka.

Z innych przypadków tej grupy należy wyróżnić przyp. kiły późnej (endomeso-aortitis luetica, insuff. v. semil. aortae) z zabarwionemi podżółtaczkowo białkówkami, w którym znaleźliśmy dość znaczną hyperbilirubinemję (2,5 jedn.) z odczynem bezpośr. zwolnionym. Zawartość czerw. krwinek stosunkowo nieznacznie zmniejszona (3.800.000; Hb 80%); odporność krwinek prawidłowa; w moczu urobilinogen i urobilina obecne, barwników żółciowych brak. Nadmierna zawartość barwników żółciowych we krwi w przebiegu kiły zależna jest, zdaniem Eppingera, od osłabionej czynności komórek wątrobowych przy zachowanej zdolności produkcyjnej komórek Kupfera i całego układu siateczkowo-nabłonkowego. W innych przypadkach tej grupy badanie nie wykazało wyraźnych odchyleń od normy.

Wnioski:

Z zestawienia danych badania krwi w 50 przypadkach różnych stanów chorobowych, a mian. zawartości we krwi barwników żółciowych, czerwonych krwinek i hemoglobiny oraz odporności ciałek czerwonych — wynika, że:

1) Wzmożenie zawartości bilirubiny w surowicy, jako pochodnej cząsteczki hemoglobinowej, nie zawsze idzie w parze ze zmniejszeniem się we krwi ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, jako tego materjału, z którego tworzą się barwniki żółciowe Na zawartość bilirubiny poza hemolizą czerwonych krwinek w każdym przypadku wpływa jeszcze zdolność produkcyjna układu siateczkowo-nabłonkowego oraz wydolność komórek wątroby, jako narządu, wydalającego wytworzone barwniki żółciowe. Z drugiej strony, do niedokrewności, prócz wzmożonego rozpadu krwinek, prowadzi jeszcze ich niedostateczna produkcja w szpiku kostnym.

2) Zawartość barwników żółciowych we krwi w przypadkach wyraźnie wzmożonej hemolizy nie zawsze idzie w parze ze zmniejszeniem odporności czerwonych krwinek.

Co do wyników badań w poszczególnych stanach chorobowych zaznaczyć należy, iż:

3) W przebiegu zapalenia śródmiąższowego nerek — stwierdziliśmy brak, względnie wybitne zmniejszenie, bilirubiny w surowicy oraz wzmożenie odporności czerwonych krwinek.

4) W chorobach zakaźnych zawartość barwników żółciowych w surowicy jest wzmożona: stosunkowo nieznacznie w durze brzusznym (0.7-:-0.9), nieco bardziej w zimnicy oraz trzykrotnie niemal w okresie przedkrytycznym zapalenia płuc (1.0—1.5), czemu w zapaleniu płuc towarzyszy znaczne zmniejszenie odporności krwinek (H_3 do 0.53%).

5) Na zasadzie zawartości bilirubiny we krwi oraz odporności czerwonych krwinek możemy odróżnić typ niedokrewności aplastycznej z prawidłową względnie nieznacznie powiększoną zawartością bilirubiny oraz prawidłową odpornością krwinek od typu niedokrewności hemolitycznej ze wzmożoną wybitnie zawartością barwników żółciowych we krwi oraz zwiększoną odpornością ciałek czerwonych.

Piśmiennictwo.

1) Abrami i Gabutier: Soc. med. des hop. de Paris z 20. XII. 1912. — 2) H. v. d. Bergh. La presse med. 1921. N. Arch. f. kl. Med. 1913. 60. — 3) H. v. d. Bergh u. Snapper: Berl. kl. Woch. NN 24, 25, 1914. N. 42. 1915. — 4) Brule: Recherches sur les icteres, 1922. — 5) Eppinger: Hepato-lienalen Erkr. 1921. – 6) Eppinger: Allgem. u. spezielle Patol. des Icterus, Kraus u. Brugsch, T. VI cz. 2. — 7) Handowsky: Arch. f. exper. Pat. 69. 1912. — 8) Hertz i Sterling-Okuniewski: O żółtaczce hemolitycznej. 1912. — 9) Kisch: Wien. Arch. f. innere Med. T. III. 1922. — 10) Katznellsohn: Wien. Arch. f. in. Med. T. I. 1920. – 11) Lepehne: Deut. Arch. f. kl. Med. T. 131, 136. — 12) Naegeli: Blutkrankheiten. 13) Rusznyak i I. Barat: W. Arch. f. inn. Med. T. III. 1922. 14) Snapper: Biochem. Ztschr. 43. 1912. — Snapper: Ergeb. d. ges. Med. T. IV. 1923. — 19) Sacqueppe: cyt. wedł. Kraus u. Brugsch T. VI. c. 2. st. 287. — 17) Lang: Ztschr. f. klin. Med. 47. 1902.

Dr. med. Wład. JAKOWICKI, adjunkt kliniki. Warszawa.

Przyczynek do sprawy powstawania skrętów macicy ciężarnej.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Rzecz wygłoszona na I. Zjeździe Ginekologów Polskich w Warszawie.)

Pierwszy Virchow opisał w roku 1853 przypadek skręcenia szyji macicy obarczonej włókniakami; B. S. Schultze do roku 1906 zebrał z piśmiennictwa 57 podobnych przypadków, a Woerz do roku 1900, obok 25 przypadków skręcenia macicy, spowodowanego włókniakami, zestawił 30 — powikłanych skrętem szypuły guzów jajnikowych. W miarę rozwoju chirurgji jamy brzusznej ilość przypadków wciąż wzrasta. Küstner podaje, że na 2000 laparotomji spostrzegał 12 razy skręt macicy. Wśród opisanych spostrzeżeń spotykamy również i przypadki skręcenia macicy ciężarnej, zwykle jednak we wczesnych miesiącach ciąży, że wymienię tu opisy H. Löhleina, Reinprechta, Merkl'a, Piccini'ego, Lihotzky'ego. We wszystkich tych przypadkach skrętom macicy stale towarzyszyły guzy bądź samej macicy, bądź też jej przydatków;

Okoliczność ta skłoniła B a r o c c i ' e g o do wypowiedzenia twierdzenia, że skręt macicy bez równoczesnego istnienia guzów narządu płciowego nie jest możliwy. Twierdzeniu temu przeczyły wprawdzie spostrzeżenia L ö h l e i n a, ale, jako nie potwierdzone operacyjnie, nie mogły odegrać roli decydującej. Dopiero opisy G l i ń s k i e g o, O l o w a, V o g t a, W e i n z i e r l ' a i innych wyjaśniły ostatecznie sprawę i obaliły zapatrywania B a r o c c i ' e g o.

Poniżej podaję historję choroby chorej, u której obok skrętu macicy ciężarnej natrafiliśmy na jednoczesny skręt esicy.

Przypadek dotyczy 29-letniej izraelitki Ch. Z., która dnia 22. XII. ub. r. o godz. 15 przywieziona została do kliniki karetką Pogotowia. Stan chorej b. ciężki. Od męża dowiedzieliśmy się, że pacjentka rodziła 4 razy prawidłowo, połogi były bezgorączkowe, a obecnie jest w VI-tym miesiącu ciąży. Zachorowała nagle przed 10 godzinami wśród stanu zupełnego zdrowia. Dnia poprzedniego szorowała podłogi, pozatem urazu nie doznała. Ostatni coitus przed 10 dniami. Choroba rozpoczęła się silnemi bólami w krzyżach i w dole brzucha; ból stały; zemdlała dwa razy, wymiotów nie było. Moczu nie oddawała od czasu wystąpienia objawów chorobowych; ostatni stolec przed dwoma dniami. Przed przyjściem na klinikę stosowano cztery razy lawatywy bezskutecznie.

Chora nawpół przytomna, blada. Ciepłota 36°, tętno 150 na minutę, zaledwie badalne. Oddechy nasilone około 40 na minutę. Wyraźny ruch skrzydełek nosowych. W sutkach klej. Serce i płuca bez większych zmian.

Brzuch znacznie powiększony, w linji środkowej przedzielony głęboką bruzdą. Po obu stronach tej bruzdy stwierdzić można wypuklenia o dość wyraźnych granicach od góry: po stronie prawej granica guza sięga do wysokości pępka, po lewej — prawie do łuku żebrowego. Przy obmacywaniu guz po stronie lewej okazał się macicą ciężarną, odpowiadającą wielkością przeszło 8 mies. ks. ciąży. Główka mała, ruchoma wysoko nad wchodem; tętno płodu niebadalne. Brak nie tylko skurczów, ale i jędrnienia macicy, natomiast daje się wyraźnie stwierdzić chełbotanie. Guz od strony prawej, o wypuku wysoko-bębenkowym odpowiada rozdętemu jelitu ślepemu. W okolicach lędźwiowych wypuk bębenkowy. Przy badaniu znaczna bolesność nad spojeniem łonowem.

Odprowadzono cewnikiem gumowym około 100 cm^3 moczu; wprowadzenie cewnika napotyka trudności, i dopiero z głębokości 10 cm mocz zaczyna odpływać. Mocz o oddziaływaniu kwaśnem, wykazuje ślad białka i wzmożenie indykanu.

Badanie wewnętrzne: srom wieloródki prawidłowy, zasiniony; pochwa wąska długa, część pochwowa krótka, walcowata, wysoko ku górze wysunięta tak, że z trudnością dojść do niej można. Ujście zewnętrzne szparowate, szyja dla palca nie drożna. Na palcu badającym mierna ilość wydzieliny gęstej, białej, serowatej. Ani śladu krwi.

Rozpoznano niedrożność jelit i krwotok wewnętrzny i natychmiast przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej.

W lekkiem uśpieniu eterowem cięcie w linji środkowej. Po otwarciu otrzewnej wylewa się kilka cm^3 płynu mętnego surowiczo-ropnego. Otrzewna ścienna i jelitowa przekrwiona. W ranę operacyjną wstawia się ciemno-sina powierzchnia macicy, a od strony prawej rozdęte jelito grube. Po wytoczeniu macicy na zewnątrz stwierdzono, że przednia jej powierzchnia zwrócona jest ku tyłowi, przydatki po obu stronach grubości 2 palców, sine; lewy wiąz okrągły i lejkowo-miedniczowy w postaci postronków przebiegają po tylnej powierzchni macicy, prawe więzy od przodu. Macica w połowie swej szyji skręcona dokoła osi o 180° od strony prawej przez tył ku lewej (w kierunku strzałki zegarka), zupełnie się nie kurczy i okazuje wybitne chełbotanie. Rozdęte jelito grube jest pętlą esicy przesuniętej do dołu biodrowego prawego. Esica ta skręcona jest dokoła swej krezki w ten sposób, że dolna jej część ułożona jest ponad górną. Martwica zstępującej części okrężnicy i górnej części esicy na przestrzeni przeszło 15 cm.

Cięciem w dnie macicy otwarto jej jamę; wylewa się duża ilość płynnej ciemnej krwi. Wobec całkowitego odklejenia łożyska wydobyto jaje płodowe w całości. Po opróżnieniu macica wcale się nie kurczy, wobec czego natychmiast usunięto ją nadpochwowo. Ciężki stan chorej zmusił do zaniechania wycięcia części jelita, które uległo martwicy; ograniczono się do wszycia zmartwiałej pętli do rany w powłokach brzusznych i do otoczenia jej sączkiem. Powłoki brzuszne częściowo zaszyto.

Mimo stosowania już podczas zabiegu wlewań podskórnych rozczynu Ringera-Locka i oleju kamforowego — chora w kilka minut po operacji zmarła.

Płód nieżywy odpowiada wielkością 6 m. ks.

Sekcyjne rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Status post laparotomiam et amputationem uteri supravaginalem l. a. f. Mesocolon altum et angustum. Necrosis parietis partis ascendentis sigmoidei probabiliter e torsione sigmoidei. Gastro entero-colitis mucosa chronica. Status thymico-lymphaticus (thymus persistens, hyperplasia aparatus lymphatici linguae, int. tenuis et crassi, pulpae albae lienis, hypoplasia gl. suprarenalium, zona fusca lata). Adenomata multiplicia gl. thyreoideae. Calcificatio gl. lymphaticarum thoracis. Anaemia permagna organorum. Atherosclerosis incipiens aortae. Gastro-enterocoloptosis.* *(Dr. Czarnocki).*

* * *

Jeżeli zechcemy na podstawie dotychczas ogłoszonych przypadków skrętu macicy ciężarnej lub w okresie porodu wyciągnąć jakieś wnioski, musimy przedewszystkiem przypadki te odpowiednio ugrupować (patrz odnośną tablicę),

Do I. grupy zaliczymy nieoperowane przypadki L ö h l e i n a, gdzie jedynie na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano skręt o 90° w kierunku fizjologicznej rotacji macicy, i przypadek C r a m e r a, który raczej do działu nieprawidłowości tyłozgięcia macicy zaliczyć można, i gdzie również stwierdzono raczej nadmierne fizjologiczne skręcenie macicy.

II. grupę stanowić będą przypadki V o g t a i dwa W e i n z i e r l ' a (z I. gr. zbliżone są do nich dwa przypadki L ö h l e i n a), gdzie skręt macicy wystąpił podczas porodu. Głównym objawem klinicznym był tu brak postępu porodowego, a momentem wywołującym — obok właściwości osobniczych samej macicy — niestosunek porodowy, spowodowany zarówno ścieśnieniem miednicy jak i nieprawidłowem wstawieniem główki z powodu zbyt dużego nachylenia miednicy (2-gi W e i n z i e r l ' a) lub obwisłego brzucha (V o g t a i 1-szy W e i n z i e r l ' a).

III. grupa obejmuje przypadki S c h i n d l e r a i C a l m a n a. W nich uległ skrętowi jeden z rogów macicy podwójnej. Przypadki tego rodzaju są, zdaniem K ü s t n e r a i R o s t h o r n a, dość często spostrzegane u tych zwierząt, które mają macicę dwurożną (krów, kóz, owiec).

Wreszcie do grupy IV.*) odniesiemy przypadki skrętu macicy podczas ciąży, w których macica wad rozwojowych nie okazuje. Tu należą przypadki sekcyjne G l i ń s k i e g o i O l o w ' a oraz nasz.

Jeżeli chodzi o objawy kliniczne, na podstawie których możemy rozpoznanie skrętu macicy postawić, są one tak mało wybitne, że, jak dotychczas, skręt macicy ciężarnej lub podczas porodu ani razu nie został przed zabiegiem rozpoznany, a poza ciążą tylko dwa razy — w przypadkach Ś w i t a l s k i e g o i Fr. S c h u l t z ' e g o. Nawet w przypadku V o g t a, mimo skrętu przechodzącego w połowie pochwy, — rozpoznanie ustalono jedynie podczas zabiegu operacyjnego. Nagłe wystąpienie bolów, objawy przedwczesnego odklejenia łożyska przy braku krwawienia z części rodnych, trudność w oddawaniu lub odprowadzeniu moczu, wreszcie wysokie ustawienie części pochwowej, o ile się nie zapomina o możliwości omawianego powikłania, mogłyby być pomocnemi w rozpoznawaniu. Łatwiejszem winno być rozpoznanie w ciąży niż podczas porodu, gdzie objawy, jak można wnosić z dotychczas ogłoszonych przypadków, są mniej groźne, a bole porodowe maskują ból spowodowany przez skręt.

Co do rokowania, jest ono dobre w przypadkach wcze-

*) Szczegóły przypadku E g g e r a nie są mi znane

ZESTAWIENIE OGŁOSZONYCH PRZYPADKÓW.

Grupa	L. p.	Autor	Wiek	Ciąża	Mies. ks.	Stan dróg porodowych		Objawy: Kiedy zachorowała	Objawy: Krwawienie z macicy	Objawy: Krwotok wewnętrzny	Objawy: Bóle	Objawy: ze strony pęcherza moczowego	Zejście: dla matki	Zejście: dla dziecka	Stan stwierdzony podczas zabiegu lub sekcji	Skręt	UWAGI
I.	1.	Löhlein				poród							zdr.	zdr.	nie operowana	+ 90°	
	2.	»				poród							zdr.	zdr.	nie operowana	+ 90°	
	3.	H. Cramer	26	II.	VIII.	ciąża		od dłuższ. czasu	Przed 2 mies. krwawiła	brak		od miesiąca	zdr.	zmarło po 1h.	tyłozgięcie macicy: zrosty	+ 90°	
II.	4.	E. Vogt	32	V.	X.	poród	Miednica prawidłowa. Obwisły brzuch. Skośne I. Wczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Trudne dojście do części pochwowej.	od 4-ech tygodni	brak	brak		brak	zdr.	zdr.	skręt w połowie pochwy. St n po oper. plast. pochwy.	—180°	
	5.	E. Weinzierl	27	II.	X.	poród	Skrzywienie boczne kręgosłupa — prawa połowa miednicy obszerniejsza, c. v. 9. Obwisły brzuch. Skośne II grzbietowe.		brak	brak	prawidł. porodowe	brak	zdr.	omdl. docuc	płyn wolny w jamie brzusznej; brak zrostów.	+200°	
	6.	»	34	III.	X.	poród	Miednica c. v. 9. Wzgórek k. k. wysoki. Nachylenie m. duże. Czaszkowe I. — z początku szew strzałkowy poprzecznie, po 12 h. w w. prostym we wchodzie.	w czasie porodu po 12 h	brak	brak	b. silne z chwilą skrętu	brak	zdr.	omdl. docuc		- 90°	
III.	7.	Schindler	22	I.	VII½	ciąża	C. ext. 18½. Część pochwowa wysoko. Rozpoznano ciążę pozamaciczną,	nagle	brak	wyraźny		zaznaczone	zdr.	†	Uterus duplex unicollis. Prawy róg skręcony — lewy szczątk.; p. odklej. ł. część.	—180°	Szyła kilka godzin na maszynie
	8.	Calman	28	I.	V.	ciąża		nagle	brak	wyraźny	silne		zdr.	†	Uter. bicornis septus. Vagina septa. Krwotok z jajnika pr. do jamy brzusznej.	?	
IV.	9.	Gliński	33	III.	IX.	ciąża	sekcyjny	nagle	brak	wyraźny	silne		†	†	p. odklejenie łożyska. Przepukl. pępkowa.	—270°	Nosiła wodę
	10.	Olow	20	I.	IX.	ciąża	sekcyjny			wyraźny			†	†	Częściowe p. odklej. łożyska	—180°	Prała bieliznę
	11.	Jakowicki	29	V.	VI.	ciąża	Objawy niedrożności przewodu pokarm. Miednica prawidł. Część pochw. wysoko. Główka wysoko nad wchodem.	nagle	brak	wyraźny	silne	od chwili zachor nie była z moczem	†	†	Przedwcz. odklej. łożyska. Skręt i martwica esicy.	180°	Myła podłogę
	12.	Egger															

śnie operowanych o ile skręt wystąpił podczas porodu, natomiast bezwzględnie niekorzystne, gdy powikłanie to występuje podczas ciąży. Wszystkie dzieci, jak dotychczas, uzyskano bądź nieżywe, bądź niezdolne do życia. Matki w IV-tej grupie nie uratowano żadnej.

Zbyt mała ilość ogłoszonych przypadków nie pozwala na dostateczne wyjaśnienie przyczyn powstawania w ciąży omawianego powikłania. Mechanizm powstawania skrętów macicy obarczonej włókniakami lub guzami jajników opracowany przez B. S. Schultz'ego i Küstnera nie może być zastosowany do wyjaśnienia tych przypadków.

Przyjąć więc musimy jako przyczyny: wrodzoną lub nabytą (Mars) wiotkość całego aparatu więzadłowego i szyji macicy, rozpulchnienie właściwe ciąży, wiotkość powłok brzusznych, ruch robaczkowy jelit, a wreszcie, na co szczególny nacisk położyć należy, pracę fizyczną nierównomiernie obciążającą mięśnie obu połów tułowia. Jeżeli pominiemy w naszej tablicy przypadki grupy pierwszej, to spostrzeżemy, że skręt w przeważnej części przypadków występuje w kierunku przeciwnym fizjologicznej rotacji macicy. Istnieje więc jakaś siła, która przezwycięża prawidłowe, od okresu płodowego istniejące ustawienie macicy. Jeżeli uwzględnimy dalej, że z posiadanych wywiadów w 4 przypadkach wystąpienie skrętu poprzedzała ciężka praca fizyczna, jak zwykle natężająca przeważnie mięśnie prawej połowy tułowia, przyjąć musimy wpływ tego czynnika w etjologji powstawania skrętów macicy. Prawy wiąz okrągły wskutek fizjologicznego skręcenia macicy jest znaczniej naciągnięty niż lewy; podczas ciąży różnica ta występuje jeszcze wybitniej, — łatwo więc wytłumaczyć sobie, że skurcze mięśni brzucha prawej połowy tułowia, zwłaszcza rytmiczne (pranie, szycie na maszynie, mycie podłóg i t. p.), udzielając się prawemu więzowi obłemu, powodują stałe pociąganie prawego rogu macicy i sprowadzają ruch wirowy macicy dokoła jej osi podłużnej. Nie ulega wątpliwości, że i inne czynniki, jak zmiana położenia ciężarnej, mogą odgrywać tu dużą rolę. Współistniejący skręt szyjki w naszym przypadku uważać należy raczej za skutek skrętu macicy, niż za jego przyczynę.

W końcu nadmienić należy, że zarówno wyżej podane przypadki, jak i ogłoszone przez Hoytema 4 przypadki skrętu macicy w 6—12 dniu połogu, dowodzą, że nieznaczne stopnie tego powikłania częściej się zdarzają, niż są rozpoznawane, i że może ono prowadzić do zaburzeń zarówno w czynności porodowej (np. ustawienie główki w wymiarze prostym wchodu), jak i w połogu (zatrzymanie odchodów).

Piśmiennictwo.

1) B. S. Schultze: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 38 str. 157. — 2) Woerz: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 12 str. 68. — 3) H. Löhlein: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 38 str. 168. — 4) W. Merkel: cyt. Woerz. l. c. str. 71. — 5) Piccinini: ref. Zentrbl. f. Gyn. 1893 str. 79. — 6) Reinprecht: Wien. klin. Wochenschr. 1899 Nr. 30. — 7) Lihotzky: p. Fr. Schultze. Gyn. Rundschau. 1908 str. 729. — 8) Küstner: Veit's Handbuch d. Gyn. T. 1. str. 110. — 9) Rosthorn: Winckel's Handbuch d. Geb. T. I. str. 466. — 10) K. Gliński: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 31 str. 431 (Liter). — 11) Olow: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 32 str. 53 (Liter). — 12) Schindler: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 50 str. 409. — 13) Calman: Zentrbl. f. Gyn. 1921 Nr. 29. — 14) Vogt: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 57 z 1/2. — 15) Weinzierl: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 59 z 1/2. — 16) Cramer: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 61 str. 275. — 17) Fr. Schultze: Gyn. Rundschau 1908 z. 21. — 18) D. H. v. Hoytema: ref. Schmidt. Jahresbericht 1919 str. 329. — 19) Egger: Inaug.-Diss. 1917. (w oryginale niedostępna — brak refer.). — 20) Mars: Kilka uwag o nadmiernej ruchomości macicy. Księga pamiątkowa ku uczczeniu 250-letn. rocznicy Uniw. lwowskiego.

Dr. R. HINZE. RZESZÓW.

Uwaga do artykułu Dr. Emila Terleckiego "Skręcenie chwytadła zamiast cięcia przełyku przy wydobywaniu ciał obcych".

W N. 1. P. G. L. 1924. podaje kol. Dr. E. Terleckiuzupełnienie techniki wydobywania ciał obcych z przełyku, przy pomocy okręcenia (rotacji) chwytadła.

Podobny przypadek przypominam sobie z okresu mej służby szpitalnej na oddziele św. p. prof. dr. Ziembickiego. U chorego, u którego utkwiła kość w przełyku, w części szyjnej i gdzie były już czynione poprzednio zabiegi celem wydobycia takowej, udało mi się zahaczyć ciało obce koszykiem Graefe'go; ale wyjęcia nie mogłem w żaden sposób uskutecznić, a co gorsze nie mogłem uwolnić wyciągadła!

Chory dusił się gwałtownie i zachodziła konieczność krwawego zabiegu. Wówczas odważyłem się na lekkie skręcenie wyciągadła i wydobyłem cały kęs mięsa i kość, zaklinowane w przełyku.

Prof. Ziembicki zwrócił mi wówczas uwagę na inny model wyciągadła, będący w instrumentarjum szpitala, a mianowicie pomysłu prof. Trélata z Paryża. Haczyk tego wyciągadła jest o wiele zgrabniejszy i stanowi niejako połowę haczyka Graefe'go. Niejednokrotnie mogłem się przekonać o wielkiej użyteczności tego modelu. Wyciągadło Graefe'go jest ciężkie, niezgrabne, zabiera wiele miejsca — może nawet być powodem przykrych komplikacji. U dziecka małego, u którego wprowadziłem ten instrument z powodu połkniętej monety, nastąpiło zahaczenie, nie dające się zwolnić w okolicy nagłośni. Uwolniłem haczyk w głębokiej narkozie palcem, ale dziecko (zabrane wbrew mej woli do domu) zginęło na ostry obrzęk nagłośni. Innym razem koszyczek Graefe'go zaczepił się o wpust żołądka (cardia). Dopiero w głębokiej narkozie udało mi się go uwolnić.

Z praktyki.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków

Przypadek niezupełnej granicznej postaci (forme fruste) choroby Vaqueza.

Chory A. R. 27 letni, zgłosił się do badania 21. II. 1923 r. z powodu przykrych zawrotów głowy, senności i nawałów krwi do głowy. — Z wywiadów zresztą ujemnych i obojętnych podnieść należy, że zimnicy nie przechodził i że już w roku 1916. szukał porady lekarskiej z powodu dolegliwości w lewem podżebrzu oraz bólów i zawrotów głowy i że często zapadał na silne krwawienie z nosa. Sposób odżywiania się jego jest mieszany, przeważnie owocowo-jarzynny z małą ilością mięsa, w każdym razie bez większego dowozu białka.

Badanie przedmiotowe wykazało prawidłową budowę i odżywienie i prawidłowy stan narządów wewnętrznych a w szczególności serca, płuc i wątroby, oraz prawidłowy mocz, a natomiast wybitny, aczkolwiek nie nadmiernie wielki obrzęk i macalność śledziony. — Ze względu na to zaleciłem mu wówczas zażywać chininę w dawce po 0.3 grama 3 razy dziennie. Chory czuł się potem przez dłuższy czas dobrze. Po blisko 3 miesiącach zgłosił się chory znowu, skarżąc się na bardzo silne i przykre zawroty głowy połączone zazwyczaj z szumem w uszach i z zamroczeniem i prowadzące do zataczania się, oraz senność i wygórowane pragnienie. Ponadto samoistnie podaje, że w słońcu źle się czuje »jak gdyby miał tłuszcz na sobie«, a w zimie nie odczuwa zimna i nie nosi rękawiczek. Parcie krwi kilkakrotnie badane aparatem Recklinghausena waha się między 100 a 110 utrzymuje się więc w prawidłowych granicach. Badanie nosa i uszu, uskutecznione przez specjalistę, nie wykazało nic nieprawidłowego. Wówczas to obrzęk śledziony i wygląd krwisty twarzy chorego z odcieniem wiśniowym, aczkolwiek na pierwszy rzut oka odpowiadał czerstwo-czerwonemu wyglądowi osoby, pracującej na świeżem powietrzu, nasunął potrzebę zbadania krwi. Istotnie wygląd ten, w łączności z innemi objawami podmiotowemi oraz z obrazem krwi, okazuje się jako jeden ze znaków chorobowych. Wyniki badania krwi (Dr. Eisenberg) były następujące: Dn. 12. V. 1923. na czczo: W preparacie niebarwionym krwinki czerwone okazują prawidłowe kształty, rozmiary, zabarwienie i ułożenie w rulony. Trombocyty bez zmian, czas krwawienia i czas krzepnięcia krwi prawidłowe. Pasorzytów zimnicy i złogów melaninowych nie ma. Ilość krwinek czerwonych w 1 mm^3 = 6,000.000 — ilość krwinek białych = 5.500. — zawartość Hb (Sahli) = 120%. Wskaźnik Hb = 1.00. Stosunek ilości krwinek białych do czerwonych = 1:1090. — W preparatach barwionych metodą panchromową Giemsy-Pappenheima i metodą Mansone-Eisenberga krwinki czerwone i trombocyty bez zmian. Stosunki odsetkowe różnych odmian krwinek białych są następujące: limfocytów 39.3% (ilość bezwzględna = 2162) — neutrofilów 56.9% (ilość bezwzględna = 3130) — monocytów 2.7% (= 148) — eozynochłonnych 1% (= 55) — zasadochłonnych 0.1% (= 5). Obraz neutrofilny według Arnetha-Schillinga przedstawia nie-

znaczne zboczenie w lewo: 8% neutrofilów o jądrze pałeczkowem, 48.9% o jądrze płatowem. Badanie drugie z dnia 19. V. 1923: w preparacie niebarwionym krwinki czerwone okazują prawidłowe kształty, nieznaczne różnice wielkości, prawidłowe zabarwienie i ułożenie w rulony. Trombocyty bez zmian, czas krwawienia i czas krzepnięcia krwi prawidłowe. Nie ma pasorzytów zimnicy i złogów melaninowych. Ilość krwinek czerwonych w 1 mm^3 = 6.100.000. Krwinek białych — 7.800; zawartość Hb (Sahli) — 130%. Wskaźnik Hb = 1.07. Ciężar właściwy krwi według metody Hamerschlaga = 1.060. Stosunek ilości krwinek czerwonych do białych — 1:802. W preparatach barwionych powyżej wspomnianemi metodami krwinki czerwone i trombocyty bez zmian. Stosunki odsetkowe krwinek białych są następujące: limfocytów 33.1% (ilość bezwzględna — 2584) neutrofilów 61.4% (—4789) monocytów 2.5% (bezwzględna 195) eozynochłonnych 2.4% (—187) zasadochłonnych 0—1% (—8). Obraz neutrofilny według Arnetha-Schillinga nie przedstawia zboczeń: 3.5% neutrofilów o jądrze pałeczkowem, 57.8% o jądrze płatowem. Rozpoznanie hematologiczne opiewało: *Polycythaemia rubra. — Lymphocytosis.*

Z powyższego zestawienia objawów wynika, że mamy przed sobą rzadką postać chorobową, na którą pierwszy zwrócił uwagę Vaquez w roku 1892 i znaną pod nazwą Choroby Vaqueza albo też pod synonimowemi nazwami: *Polycythaemia vera-rubra, Polycythaemia megalosplenica sive myelopoetica, Erythrocytosis megalosplenica, Hyperglobulia, Erythraemia.* — Schorzenie to u naszego chorego cechuje zespół następujących objawów: 1) Nieprawidłowe zwiększenie ilości czerwonych krwinek. — W naszym przypadku zwiększenie to nie jest zbyt wygórowane, bo wynosi tylko 6,000,000 do 6,100.000 w 1 mm^3. — W innych przypadkach w piśmiennictwie opisują 8—10 miljonów a dochodziło ono nawet do 14 miljonów krwinek czerwonych. — 2) Badanie krwi wykazuje charakterystyczne zwiększenie ilości hemoglobiny do 120—130%. — W przypadkach tego schorzenia zwiększenie hemoglobiny może dochodzić do 200%, wszelako nie zawsze odsetka hemoglobiny odpowiada ilości krwinek czerwonych. 3) Ze zwiększeniem się liczby krwinek czerwonych łączy się zwiększenie ogólnej ilości krwi czyli krwistość prawdziwa (Plethora vera) w przeciwstawieniu do krwistości surowiczej (Plethora serosa), gdy chodzi tylko o zwiększenie osocza krwi bez zwiększenia liczby krwinek czerwonych lub nawet przy równoczesnem zmniejszeniu ich liczby. Temu stanowi krwistości i rozszerzeniu drobnych naczyń przypisuje się czerwony wygląd twarzy. Ocena tego objawu przedstawia pewne trudności — albowiem rozszerzenie naczyń i wypełnienie krwią na pewnej przestrzeni skóry, zwłaszcza w okolicach nieosłoniętych i narażonych na zmiany atmosferyczne może pojawiać się niezależnie od zmian, tak, jak u naszego chorego, pracującego zawodowo na świeżem powietrzu. Jeżeli się jednak tylko myśli o możliwości choroby Vaqueza to w świetle badania krwi dochodzi się do wniosku, że ciemno czerwone zabarwienie skóry na twarzy chorego jest związane ze zwiększoną ilością krwinek czerwonych. Prawdopodobnie z tym objawem łączy się też podmiotowe uczucie chorego, że w słońcu źle się czuje i że w zimie nie odczuwa absolutnie potrzeby noszenia rękawiczek. To zabarwienie skóry, które dawniej określano błędnie jako sinicę, stoi swoim wyglądem w pośrodku między zaczerwienieniem twarzy od nawału krwi czyli kongestji, a istotną sinicą z powodu niedostatku tlenu w krwi żylnej. 4) Powiększenie śledziony jest objawem, któremu przypisuje się zwykle główną i dominującą rolę w zespole objawowym Vaqueza. Stąd nazwa »Splenomegalia« względnie «Erythrocytosis megalosplenica«. W niektórych przypadkach opisywano znaczne obrzęki śledziony i wątroby. Według Türcka wprawdzie w przeważającej liczbie przypadków obrzęk śledziony znachodzimy, ale nie musi on koniecznie występować. U naszego chorego śledziona jest wybitnie powiększona i macalna, ale nie towarzyszy mu obrzęk wątroby. 5) Co do objawów podmiotowych to spotykamy u naszego chorego charakterystyczne nawały krwi do głowy i zawroty głowy z zamroczeniem, prowadzące do zataczania się, które Naegeli zalicza do najczęstszych objawów tej choroby. U naszego chorego są one wprawdzie przykre i powtarzają się, ale nie w tak silnym stopniu jak u innych. Opisywano bowiem w tej chorobie niezwykle gwałtowne i częste zawroty głowy, pojawiające się jeden do dwóch razy a nawet 5—6 razy dziennie przez cały rok i to niekiedy tylko krótkotrwałe, niekiedy zaś utrzymujące się przez kilka minut i połączone z widzeniem wszystkiego w czarnej barwie. Także senność na którą skarży się nasz chory należy do objawów spostrzeganych przy chorobie Vaqueza, aczkolwiek zaliczana jest przez Naegeli'ego do mniej częstych objawów tego cierpienia. Charakterystyczne są również częste i obfite krwawienia z nosa oraz dolegliwości w lewym boku, zapewne od powiększonej śledziony. Objawy podmiotowe, analogicznie do czerwoności twarzy, tłumaczy się przeładowaniem krwinkami ośrodkowego układu nerwowego. 6) Inne objawy u naszego chorego, aczkolwiek niecharakterystyczne ani swoiste, zgodne są z analogicznemi objawami, znajdowanemi u tych chorych przez innych autorów. Ciężar gatunkowy krwi, który przeciętnie u mężczyzn wynosi 1055, w naszym przypadku wynosi 1060. Niektórzy autorowie znajdowali ciężar gatunkowy 1060—1065, ale znajdowano nawet ciężary gatunkowe 1068—1083. Liczba krwinek białych, która w naszym przypadku jest prawidłowa, była także w przeważnej liczbie opisywanych przypadków prawidłowa. Atoli spotykano także leukocytozę dochodzącą do 25—30 tysięcy a przy powikłaniach do 54 tysięcy. Natomiast nasz przypadek różni się limfocytozą 33 — 39% od innych opisanych. Zazwyczaj bowiem przy ogólnej prawidłowej liczbie białych ciałek spotyka się prawidłową ilość limfocytów a leukocytozom towarzyszy zwykle u tych chorych neutrofilja.

Co do rozpoznania różniczkowego to wchodzi tu w grę choroba Geisböcka czyli *Polycythaemia vel Erythrocytosis hypertonica,* która od choroby Vaqueza różni się wysokiem parciem krwi, połączonem z przerostem serca oraz brakiem obrzęku śledziony. U naszego chorego parcie krwi oraz wymiary serca są prawidłowe a śledziona powiększona. Stosunek choroby Vaqueza do choroby Geisböcka jest zresztą dotąd niewyjaśniony, bo widywano przypadki pośrednie, nie odpowiadające w całości żadnemu z obu typów. Ponadto musimy przy rozpoznawczem różniczkowaniu uwzględnić stany przemijającej policytemji, które w naszym przypadku nie zachodzą, a mianowicie policytemję względną, pojawiającą się przy zagęszczeniach krwi z powodu silnej utraty wody, po biegunkach, po djecie obfitującej w białko, u ozdrowieńców po stanach anemicznych, przy pobycie w rozrzedzonem powietrzu i w wysokich górach oraz przy sztucznej duszności wywołanej n. p. maską Kuhna, dalej musimy wykluczyć cukrzycę, stany sinicze towarzyszące wrodzonym wadom serca lub zastojowi żylnemu oraz względną policytemję w przebiegu zatruć i zakażeń. Zaznaczyć należy, że wszystkie te objawy u naszego chorego, aczkolwiek są charakterystyczne i cechujące, jednak występują w stopniu nie zbyt wygórowanym, co przemawia za tem, że albo cierpienie zostało rozpoznane w okresie początkowym, albo, że mamy tu do czynienia z postacią graniczną niezupełną (forme fruste) tego cierpienia. O początkowych okresach tego schorzenia nie ma się na podstawie spostrzeganych dotąd przypadków z piśmiennictwa żadnego obrazu. Wiadomą jest rzeczą, że pierwsze spostrzegane objawy takie, jak: zawroty głowy, ucisk w głowie, napady podobne do migreny, pobudliwość, uczucie gorąca, i nawały krwi były w opisywanych dotąd przypadkach zwykle przez szereg lat błędnie pojmowane jako nerwowe lub neurasteniczne a dopiero przy zupełnie już rozwiniętym i pełnym obrazie chorobowym zaczęto te objawy właściwie oceniać i dostrzegano błędność poprzednich tłumaczeń. Ponieważ takie przypadki graniczne o liczbie krwinek 6,000.000 nieraz się zdarzają, przeto Naegeli twierdzi, że w tych przypadkach dla rozpoznania choroby Vaqueza należy koniecznie wykluczyć duszność i stany zastoinowe, a nadto musi się stwierdzić czerwoność twarzy i obrzęk śledziony, które u naszego chorego istotnie znachodzimy. W przypadku ogłoszonym przez Schneidera z lwowskiej kliniki Gluzińskiego w roku 1906 stwierdzono tylko nadmiar krwinek czerwonych i obrzęk śledziony i wyrażono zapatrywanie, że zasadniczym objawem jest tu poliglobulia, przyczem powiększenie śledziony uważa klinika lwowska za cechę drugorzędną.

Co się tyczy patogenezy schorzenia to zapatrywania w tym względzie są rozbieżne. Niektórzy autorowie franc us

przypuszczają łączność z pierwotną gruźlicą śledziony. Większość autorów (Rencki) uważa to cierpienie za swoiste schorzenie narządu krwinko-twórczego (erythroblastycznego) w szpiku kostnym, połączone z podrażnieniem, wybujaniem i nadmierną czynnością tego narządu i stawia go jako analogiczny stan do białaczki nazywając go »Erythraemią« analogicznie do »Leucaemii« podczas gdy stany przejściowego i czasowego wzmożenia krwinek czerwonych nazywają »Erythrocytozą« analogicznie do »leukocytozy«. U naszego chorego w preparatach mikroskopowych nie stwierdzono tworów, świadczących o silnem podrażnieniu szpiku. Samo stwierdzenie względnej limfocytozy bez leukocytozy oraz nieznacznego przesunięcia w lewo obrazu neutrofilnego Arnetha nie pozwala na razie na żadne wnioski.

Co do przebiegu i rokowania, to stwierdzoną jest rzeczą, że choroba ta nie ma charakteru postępującego, podobnego do białaczki. Często bywają długie okresy dobrego samopoczucia, lub wybitne remisje. U chorej Mięsowicza cierpienie to trwało od lat 17-tu, a Koranyi obserwował wyleczenie, utrzymujące się przez 5 lat. U naszego chorego można przypuszczać na podstawie wywiadów, że cierpienie to było już zaznaczone przed 7 laty a może i dawniej. Pewnej jednak podstawy do ocenienia przebiegu i rokowania na przyszłość u naszego chorego nie ma. Przeglądając dotyczące piśmiennictwo dosyć często zauważa się też gruźlicę w przebiegu końcowym u tych chorych.

Z polskich autorów bardzo szczegółowe badania nad tą chorobą przeprowadził Rencki w latach 1906 i 1907. Zebrał on cały materjał z piśmiennictwa lekarskiego, obejmujący około 54 przypadków, a oprócz tego podał 6 własnych przypadków, z których dwa skończone autopsją dały mu sposobność do szczegółowych badań anatomicznych. Mięsowicz przedstawił 1 maja 1912 w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem 38 letnią chorą z tem cierpieniem o zupełnie typowym wyglądzie i przebiegu, trwającem od lat 17. Oprócz charakterystycznej czerwoności stwierdzono u owej chorej obrzęk wątroby i śledziony. Ilość krwinek czerwonych w przeciągu 6-o miesięcznego spostrzegania wynosiła 7—8 miljonów, przyczem nie stwierdzono obecności czerwonych krwinek jądrzastych. Ilość krwinek białych wynosiła 7—9 tysięcy. Wspomniany powyżej przypadek Schneidera był nadto o tyle ciekawy, że u chorego u którego była poliglobulia z neutrofilną leukocytozą, rozwinęła się gruźlica po wycięciu śledziony. Wówczas pierwotna poliglobulia przemieniła się w niedokrewność a po czasowej limfocytozie wystąpiła na nowo i utrzymała się stale pierwotna leukocytoza neutrofilna. W tym samym przypadku miano sposobność spostrzegać zachowanie się krwi w przebiegu typowego zapalenia płuc.

Leczenie tych stanów dotąd nie zostało ustalone. Senator zaleca djetę roślinną i upusty krwi. Gołubinow ścisłą djetę mleczną oraz upusty krwi, nie przez nacięcie żyły lecz zapomocą pijawek, a to z powodu napotykanej wzmożonej krzepliwości krwi. Mięsowicz w swoim przypadku stosował upusty krwi z wynikiem bardzo dobrym, ale przemijającym. Türck spostrzegał remisje po leczeniu wysokiemi dawkami arszeniku, Koranyi i Bence stosowali wziewania tlenu, Staehelin podawał jod, Münzer kołaczyki tarczycowe, a Aldrich naświetlał śledzionę promieniami roentgena. Niektórzy, upatrując przyczynę choroby w pierwotnem schorzeniu śledziony, polecali wycięcie tego narządu, atoli Gluziński i Schneider uważają zabieg ten za bezcelowy i bezskuteczny. U naszego chorego nie można na razie ocenić, czy remisja podmiotowych objawów po zażywaniu chininy była tylko przypadkowa w jakimś związku z podaną chininą.

Sprawozdania poglądowe

Dr. Henryk ALLERHAND. Lwów.

Zakażenie ustne jako pogranicze stomatologji i medycyny wewnętrznej

(Odczyt wygłoszony na V. Zjeździe Internistów Polskich w Wilnie).

Dokończenie.

Drobnoustroje, dostające się z ogniska zakaźnego np. z migdałków do ogólnego krwiobiegu, nie wywołują ani posocznicy, ani też nie umiejscawiają się w różnych narządach dowolnie, lecz umiejscowienie to zależy od swoistego powinowactwa danych ustrojów do pewnej tkanki. Naprzykład paciorkowce, wyhodowane z migdałków chorego, cierpiącego na zapalenie wyrostka robaczkowego, wstrzyknięte królikom, nie wywołują u nich śmiertelnej posocznicy, lecz usadawiają się w wyrostku robaczkowym zwierzęcia i powodują tam zapalenie; drobnoustroje, pochodzące od chorego cierpiącego np. na zapalenie woreczka żółciowego, wyhodowane z migdałków lub ziarniniaków zębowych okołowierzchołkowych, spowodują u zwierzęcia doświadczalnego również zapalenie woreczka żółciowego.

Zasada umiejscowienia wyborowego, wynikającego ze swoistego powinowactwa wyborowego pewnych drobnoustrojów do pewnych tkanek, względnie narządów, zastanawia swemi nieoczekiwanemi wynikami, lecz znajduje ona analogję w swoistej »histotropji« różnych drobnoustrojów, np. gonokoka do wyściółki surowiczej stawów, meningokoka do opon mózgowych, pneumokoka do tkanki płucnej, zarazka ostrego gośćca stawowego do wsierdzia, zarazka *poliomyelitis* do przednich rogów szarej istoty rdzenia, prątka tężcowego do tkanki nerwowej, również jak i zarazka wścieklizny, wreszcie w »neurotropji« i »dermotropji« krętków bladych. Rosenow sam tłumaczy rozmaitą »tropję« paciorkowców, prócz czynników przypuszczalnych, jak własności chemiczne, lub ładunek elektryczny, przedewszystkiem różnym stopniem jadowitości; drobnoustroje wywołujące zapalenia wyrostka robaczkowego są najmniej jadowite, po nich następują pod względem jadowitości paciorkowce wrzodów żołądkowo-jelitowych, wreszcie zapaleń woreczka żółciowego. Za słusznością tego ugrupowania przemawia okoliczność, że zapalenie woreczka żółciowego wywoływały najczęściej szczepy, które przebyły pasaże przez zwierzęta, a więc zyskały na jadowitości, natomiast zapalenie wyrostka robaczkowego szczepy, hodowane przez czas dłuższy na pożywkach.

Prócz badań bakterjologicznych oparła się teorja zakażenia ogniskowego też na licznych systematycznych badaniach klinicznych, pochodzących przedewszystkiem od Billingsa. Badacz ten, interesujący się szczególnie patologją stawów, podał wyniki swych badań, obejmujących 577 przypadków schorzeń stawowych w ciągu 10 lat. Również stwierdził ważność etjologiczną zakażeń zębodołowych w cierpieniach innych: zapaleniu wsierdzia, zapaleniu mięśni i nerwów, *myositis, neuritis,* chorobie Hodgkina, objawach nadmiernej czynności gruczołu tarczowego połączonego z przerostem gruczołu, zdarzającego się często jako powikłanie ostrego gośćca stawowego (Vincent 1907). Przy obniżeniu sił odpornych danego osobnika z powodu: przemęczenia, przeziębienia, ekscesów, niedostatecznego lub nieodpowiedniego pożywienia, niehigjenicznego otoczenia, szkodliwości pozostałych po poprzednich schorzeniach (blizny zastawkowe), urazów i t. p. może osobnik cierpieć na ostry lub przewlekły gościec stawowy, lub mięśniowy, powolne zapalenie wsierdzia, wrzód żołądka, zapalenie woreczka żółciowego, trzustki i i. zależnie od stopnia jadowitości drobnoustrojów i ich wyborowego powinowactwa. Odpowiednie rozpoznanie może skierować leczenie na odpowiednie tory względnie zapobiec chorobie wogóle. Odkrycie i usunięcie przewlekłych ognisk zakaźnych w ustroju jest bezwzględnie wskazane celem zapobieżenia upadkowi zdrowia; zwłaszcza trzeba baczną zwrócić uwagę na przewlekłe sprawy zakaźne w szczękach, częstokroć przez chorego wogóle niezauważone; do ich odkrycia służy przedewszystkiem systematyczne badanie roentgenograficzne szczęk. (Billings. Journ. Am. Med. Ass. 1914 p. 899).

Impuls dany przez bakterjologów i internistów wywołał żywy oddźwięk wśród roentgenologów i stomatologów; systematyczne badanie roentgenograficzne szczęk stało się odtąd częścią składową badania klinicznego, zwłaszcza w klinice Mayo w Rochester, a stomatolodzy amerykańscy dołożyli wszystkich usiłowań, by odeprzeć ataki Huntera i oczyścić dentystykę z zarzutów jej czynionych.

Systematyczne badania roentgenograficzne wykazały nadzwyczajną częstość ognisk zakaźnych dookoła wierzchołków korzeni zębowych, i to nietylko w zębach ze zgorzelą

miazgi *(gangraena pulpae)*, lecz także w zębach, w których przeprowadzono t. zw. leczenie korzeni, t. j. usunięcie miazgi i wypełnienie przewodów korzeniowych. Lecz przekonano się równocześnie, że w pewnych przypadkach, gdzie roentgenogram wykazywał pole ubytkowe u szczytu korzenia, zabieg operacyjny (odcięcie wierzchołka korzenia, *resectio apicis*), wykazywał brak wszelkich tworów patologicznych a tylko nieznaczne rozrzedzenie kości, które przy badaniu bakterjologicznem okazało się jałowe. Wskutek tego okazała się potrzeba zróżniczkowania tych wyników badania roentgenograficznego i ustalenia pewnych wskazań dla praktyków, celem uchronienia ich od zbytniego radykalizmu, polecającego bezwzględne ekstrakcje wszystkich zębów bezmiazgowych. Hartzell wykazał, badając zęby bezmiazgowe, wyjęte u silnych, zdrowych osobników, zupełną jałowość tych zębów, co go skłoniło do energicznego wystąpienia przeciw rażącym uogólnieniom zwolenników masowych ekstrakcji. W razie braku zmian patologicznych i przy nietkniętej odporności ustroju żadne niebezpieczeństwo ze strony jałowych zębów bezmiazgowych organizmowi nie grozi. Chcąc ustalić kryterja, któremi należałoby się kierować, przy rozstrzyganiu kwestji, czy w danym przypadku zęby bezmiazgowe winny być usunięte, jako szkodliwe, czy też mają pozostać jako użyteczne, Hartzell podał następujący sposób postępowania: Jeżeli znachodzimy u osobnika badanego zęby bezmiazgowe, około których badanie roentgenowskie żadnych kostnych zmian nie wykazuje i w których można również wykluczyć obecność zmian okołowierzchołkowych badaniem klinicznem to, jeżeli chodzi o definitywne rozstrzygnięcie, czy zęby te powinno się usunąć, czy też pozostawić, winniśmy się uciec do badania krwi, które nam da cenną wskazówkę, czy grozi danemu osobnikowi ewentualne zakażenie bakteryjne z tych zębów.

Jeżeli wykluczymy wszelkie inne źródła zakażenia i znajdziemy leukocytozę wraz z wtórną niedokrewnością, to możemy z tego wnosić, że sprawa zakaźna postępuje, że organizm toczy wprawdzie z nią walkę, lecz nierówną, w której prędzej czy później musi ulec, że badanemu grozi więc niebezpieczeństwo ze strony bezmiazgowych zębów, i że należy je usunąć. Tembardziej znaczne zmniejszenie liczby ciałek białych (leukopenja), połączone z przewagą limfocytów (limfocytozą) i równoczesną obecnością niedokrewności jest wskazówką, że chory znajduje się w poważnem niebezpieczeństwie, z którego tylko rychłe usunięcie zębów bezmiazgowych może go wybawić.

Ważność badania krwi jako wskaźnika niebezpieczeństwa spraw okołowierzchołkowych podjął Daland (Filadelfja); na podstawie badania kilkuset przypadków klinicznych doszedł do następujących wniosków: Limfocytoza przebiegająca ze zwiększeniem ilości limfocytów i zmniejszeniem ilości komórek wielojądrzastych jest ważnym objawem rozpoznawczym zakażenia okołowierzchołkowego, zwłaszcza przy równoczesnem istnieniu leukopenji. Na sto badanych przypadków chorób przewlekłych bez ognisk zakaźnych znaleziono limfocytozę tylko dwa razy. Limfocytoza jest wskazówką, że we krwi krążą paciorkowce zieleniące lub hemolityczne lub ich jady lub też jedne i drugie równocześnie i to nawet mimo braku wyraźnych schorzeń wtórnych, jak zapalenie stawów, wsierdzia, tętnic, nerek i i Obecność limfocytozy stanowi bezwzględne wskazanie do bezzwłocznego usunięcia tych ognisk zakaźnych w przypadkach wątpliwych celem ustrzeżenia chorego przed objawami wtórnemi, zagrażającemi narządom. Limfocytoza ustępuje zwykle w 5 do 8 tygodni po usunięciu wszystkich ognisk zakaźnych; przy zmianach w sercu i naczyniach spostrzeganych u osób starszych i otyłych może upłynąć i kilka miesięcy aż do zniknięcia limfocytozy. Limfocytoza utrzymująca się nadal po usunięciu zakażenia okołowierzchołkowego dowodzi zwykle obecności niewykrytego ogniska zakaźnego.

Hematolog chicagoski Toren ogłosił wyniki badania przeszło 2.000 przypadków spostrzeganych w przeciągu dziesięciu lat. Podkreśla on z naciskiem związek zachodzący między przesunięciem obrazu krwi, a obecnością ognisk okołowierzchołkowych, w szczególności przyznaje znaczenie prawie patognomoniczne obecności wielkich limfocytów.

Irons (Chicago) nie podziela wprawdzie poglądów Torena na znaczenie patognomoniczne limfocytozy, popiera jednak twierdzenie o wielkiej częstości zmian okołowierzchołkowych u chorych szpitalnych. W Cook County Hospital badał kilkaset przypadków chorób wewnętrznych i znalazł przewlekłe zmiany okołoszczytowe u 76% chorych ze zmianami gośćcowemi, u 47% chorych na serce i naczynia, u 23% innych chorób. Mimo, że wiele ludzi nosi w sobie te ogniska zakaźne, nawet po kilka naraz, to jednak brak u nich równocześnie zmian w stawach, oczach i t. d, o ile to się daje klinicznie stwierdzić. O ograniczeniu zakażenia miejscowego lub o jego rozszerzeniu na tkanki sąsiednie lub odległe decydują: jadowitość drobnoustrojów, rodzaj i rozmiary zakażonej tkanki i odporność chorego. Ostatnio zwrócili uwagę na badanie obrazu krwi przy powolnem zapaleniu wsierdzia *(endocarditis lenta)* Feigin i Held (Warszawa), których wyniki są podobne do wyników przytoczonych hematologów amerykańskich.

Przy bliższej analizie rozwoju pojęć patologicznych w sprawie oddziaływania zakażeń ściśle umiejscowionych na narządy inne dojść musimy do przekonania, że teorja zakażenia ogniskowego w tej skończonej postaci, w jakiej się nam dzisiaj przedstawia, nie jest czemś bezwzględnie nowem, lecz że jest tylko ewolucyjną konsekwencją dawniejszych poglądów, które w patologji zwolna wyrobiły sobie prawo obywatelstwa. Prototypem koncepcji związków patologicznych, skrystalizowanych w teorji zakażenia ogniskowego jest związek między chorobami migdałków a chorobami stawów i serca. Trousseau pierwszy opisał »gośćcowe zapalenie gardła«, łączące się często ze sztywną lub krzywą szyją, tudzież bolami w stawach lub z postrzałem.

Autorzy późniejsi (Gürich, Schichold, Munk, Pässler, Volhard) rozszerzyli związki między ostrem zapaleniem migdałków, a równoczesnem zajęciem stawów i wsierdzia także na przewlekłe stany zapalne migdałków *(tonsillitis chr.)*. opisując częstą koincydencję między chorobami jamy ustnej i gardła a chorobami ogólnemi, oznaczanemi niesłusznie nazwą »skaz« *(diathesis)*. Głównie internista drezdeński Pässler w licznych publikacjach podkreślał i ilustrował licznemi przykładami klinicznemi, zwłaszcza w okresie wojny światowej, związek między próchnicą zębów, ropotokiem zębodołowym, otokami ropnemi zatok bocznych nosa i przewlekłem zakażeniem migdałków, a gośćcowemi objawami w narządzie ruchowym, zaburzeniami narządu krążenia, często niesłusznie określanemi mianem nerwicy zaburzeniami w sferze nerwowej (neurastenja, uczucie niepokoju, objawy wrzekomoplasawicze), w narządzie pokarmowym, w nerkach *(glomerulonephritis)*, wreszcie objawami skórnemi i nieprawidłowościami przemiany materji. Wykaz ten przypomina bardzo jednostki chorobowe podawane przez Rosenowa i Billingsa, lecz różnica polega na tem, że Pässler występuje jedynie jako klinicysta; związek przez siebie podany opiera na badaniu i spostrzeganiu klinicznem i udowadnia go ex iuvantibus ustąpieniem objawów po usunięciu ognisk zakaźnych.

Wciągnięcie pojęcia zakażenia ustnego, do ogólniejszego pojęcia zakażenia ogniskowego, *(focal infection)*, oznacza tylko rozszerzenie odwiecznej zupełnie naturalnej świadomości o związku spraw patologicznych jamy ustnej z resztą ustroju. Benda powiedział (1909) »pochodzenie zębowe posocznicy kryptogenetycznej ma dla anatoma patologicznego bardzo wielkie znaczenie. Musimy jednak przyznać, że jeszcze ciągle wykonywujemy pewna ilość sekcyj z rozpoznaniem *septicaemia* lub *endocarditis ulcerosa*, gdzie nie możemy, mimo usilnego poszukiwania, znaleźć wrót wejścia. Muszę wyznać, że o badaniu zębów przytem zwykle zapomina się. Będę się jednak starał w przyszłości większą na to zwrócić uwagę«.

Dziedzina związków między zakażeniami jamy ustnej a posocznicą jawną czy skrytą, spostrzeganą w licznych przypadkach pod postacią ciężkich, ostrych, częstokroć śmiertelnych schorzeń, rozszerzyła się także na przypadki zakażenia powolnego, *sepsis lenta*, rozciągającego się na miesiące, lub lata, o zmiennem nasileniu, pod najróżnorodniejszemi

postaciami występującego, dającemi się najczęściej odnieść do przejawów życiowych paciorkowca, pozostającego w walce ze stawiającym mu opór ustrojem goszczącym. Głównem źródłem zakażenia jest przytem paciorkowiec zieleniący, *strepto coccus viridans*, pasożytujący w zdrowej jamie ustnej, a wnikający w głąb ustroju przez tkanki chorobowo zmienione, dostający się do krążenia krwi i limfy z kieszonek ropotocznych, ubytków próchniczych, przewodów zgorzelinowych i ognisk okołowierzcholkowych.

Posocznica powolna stanowi nawrót wychodzący z ogniska. które najczęściej daje się stwierdzić: niezupełnie zagojone rany, angina, ropienie zatoki Highmora, »ropienie zębowe«, lub nieznaczne zranienie, ewentualnie nawrót schorzenia zastawkowego nabytego w następstwie pierwszego zakażenia.

Ujemny wynik badania bakterjologicznego tłumaczy się albo zniszczeniem zarazków przez siły obronne organizmu już po usadowieniu na zastawkach, albo też tem, że paciorkowce ukryte pod skrzepami i innemi wtórnemi nalotami mogą pozostać długi czas na miejscu i występując przy sposobności czynnie w długi czas po pierwszem zakażeniu wywołać obraz *endocarditis lenta*. Sawitz opisał przypadki zapalenia mózgu z równoczesnem zajęciem wsierdzia wywołanego przez paciorkowca zieleniącego, którego czysta hodowla wyrosła z płynu mózgowo-rdzeniowego, z krwi i z moczu.

O ogniskach zakaźnych, a zwłaszcza o »ropieniach zębowych« wspomina ogół autorów niemieckich, badających klinikę powolnego zapalenia wsierdzia, bardzo mimochodem. Brak tu jeszcze dobitnie skrystalizowanego przeświadczenia o związku przyczynowym między pierwotnem ogniskiem, a zmianami na wsierdziu.

Antonius i Czepa rozpoczęli na oddziale Falty (Wiedeń), systematyczne badania celem stwierdzenia związków przyczynowych między schorzeniami zębów a chorobami narządów wewnętrznych. Pobudką do tych badań była obserwacja kliniczna dotycząca inteligentnego mężczyzny 54-letniego, który w ciągu trzymiesięcznego spostrzegania na oddziale okazywał objawy *sepsis cryptogenetica*, objawiającej się podniesieniem ciepłoty do 40 stopni, połączonem z dreszczami, ogólnem ciężkiem schorzeniem, rumieniem guzowatym, obrzękiem stawów, i leukocytozą. Migdałki nie wykazywały zmian przy kilkakrotnem badaniu, zapalenia wsierdzia nie było, również brakło danych do przypuszczenia ropnia podprzeponowego lub przynerkowego. Śledziona przez cały czas była powiększona. Zimnicę można było wykluczyć z całą pewnością. Leczenie nieświadome etjologji obracało się też początkowo w szablonowych ramach farmakologji klinicznej, stosując nowatofan, urotropinę, maść Credégo, weronal, chininę, extr. condurango fluid., elektrargol, arszenik, jod, piramidon i i., mimo których stan chorego stale się pogarszał. Skargi chorego, cierpiącego zresztą na ropotok zębodołowy i podającego w wywiadach obrzęk twarzy przed kilku miesiącami z nagromadzeniem ropy, skierowały podejrzenie lekarzy na zęby, o których dotychczas, jak to trafnie określił wzmiankowany wyżej Benda, zapomniano. Badanie stomatologiczne uzupełnione badaniem roentgenowskiem wykazało ogniska ropne nad trzonowcami górnemi pierwszemi, zęby te wyjęto i bezpośrednio potem gorączka spadła zupełnie, a chory wkrótce opuścił szpital, wyleczony ze swej posocznicy kryptogenetycznej, pochodzącej od dwóch zepsutych zębów.

Antonius i Czepa zbadali 25 przypadków zapalenia nerek i znaleźli u 92% zmiany wierzchołkowe zębów, przyczem w 68% z nich nie można było pozatem znaleść żadnego innego czynnika przyczynowego. Wyjęcia zębów dokonano w 14 przypadkach, w trzech także usunięto migdałki W przypadkach leczonych radykalnie można było spostrzec wyleczenie względnie polepszenie, którego stopień pozostawał w jaskrawym kontraście do wyników uzyskanych zwykłem leczeniem zachowawczo-dietetycznem, tak, że nawet przy bardzo krytycznej ocenie materjału nie możnaby w pewnych przypadkach wykluczyć związku między zmianami w ustach i w nerkach.

Chorób gośćcowych i zapaleń wsierdzia badali 40 przypadków, przyczem u 29 znaleziono mniej lub więcej rozległe zmiany okołowierzchołkowe, 14 miało także zmiany na migdałkach. Radykalne leczenie zębów przeprowadzono w 11 przypadkach. W 7 można było odnieść wrażenie, że choroba pozostawała w związku ze zmianami w zębach i że usunięcie zębów wywarło korzystny wpływ na przebieg choroby. Nerwobólów spostrzegali 9 przypadków, z tego 6 miało zmiany okołozębowe, 2 także zmienione migdałki. U trzech przeprowadzono leczenie radykalne, czem uzyskano wyraźną poprawę.

Gorączki septycznej bez innych schorzeń spostrzegali 2 przypadki; jeden to opisany powyżej, a u drugiego przez długi czas rozpoznawano gruźlicę i odpowiednio leczono bez skutku, aż dopiero odpowiednie rozpoznanie i leczenie radykalne wyjaśniły pomyłkę rozpoznawczą. Gruźlicy gruczołowej na szyji spostrzegali 5 przypadków, z tego 3 miało zmiany w ustach, a 4 na migdałkach. Leczenie radykalne w 1 przypadku połączone było z naświetlaniem radem. Kamicy żółciowej względnie żółtaczki spostrzegali 8 przypadków, z tych w 6 stwierdzili ogniska ubytkowe dookoła wierzchołków, a w 2 zapalenie migdałków. W jednym wypadku wyjęto zęby i woreczek żółciowy. Prócz tego badali 48 przypadków różnych chorób wewnętrznych, przyczem u 29 znaleźli ogniska okołozębowe, u 15 zapalenie migdałków przewlekłe, w 7 z tych wszystkich przypadków przeprowadzili radykalne leczenie uzębienia. Pozatem zbadali 88 chorych ambulatoryjnych, znajdując u 50 zmiany dookoła zębów, a u 38 zmiany w migdałkach, lecz tylko u niewielu mogli zastosować radykalne leczenie ekstrakcyjne, z powodu oporu, na który u chorych napotykali.

Wszystkie swe przypadki badali Antonius i Czepa roentgenograficznie, wykonując kompletne roentgenogramy szczęk, lecz zupełnie nie wykonywali badań bakterjologicznych usuniętych zębów, co uważam za poważną usterkę tej pracowitej i poważnej publikacji. Wiemy bowiem, że badanie bakterjologiczne wykrywa obecność paciorkowca zieleniącego u szczytów korzeni nawet przy zmianach tak nieznacznych, że badanie roentgenowskie nie daje możności ich wykrycia.

Ograniczenie się więc wyłącznie do badań promieniami Roentgena nie wystarcza, może ono niekiedy zawieść, nie wykazując ognisk, które są zbyt małe, by stały się dostrzegalne na zdjęciu, lecz dość znaczne, by być siedliskiem zgubnych streptokoków.

Czytelnika polskiego zainteresuje zapewne okoliczność, że w literaturze naszej posiadamy pracę pochodzącą z lat ośmdziesiątych, publikowaną przed pierwszemi pracami Huntera, która pochodząc z pierwszych okresów ery antyseptycznej i będąc wiernem odbiciem swej epoki, początku rozwoju poglądów na istotę chorób zakaźnych, zawiera w stosunku do przedstawionych zasad teorji zakażenia ustnego tyle trafności, że zadziwia swoją intuicją i oryginalnością. Chciałbym wydobyć ją z zapomnienia i przytoczyć na zakończenie kilka ustępów z tej pierwszej polskiej publikacji o »zakażeniu ustnem«. Kaczorowski w odczycie na Walnem Zebraniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego dnia 23. 6. 1881 (Przegl. Lek. XXIII. 1884) mówi między innemi:

»Jakkolwiek jama ustna już dla przechowanego od wieków zwyczaju oglądania języka, jakoby zwierciadła żołądka, niezbędny i prawie wstępny stanowi przedmiot ogólnego badania lekarskiego chorych, na dziąsła przy tej sposobności powszechnie zaledwie pobieżnie zwraca się uwagę. Zaniedbanie dokładnego w każdym przypadku choroby zbadania dziąseł głównie stąd pochodzi, że nauka lekarska mało wagi przywiązuje do zboczeń w odżywieniu tej części ciała. Wyjąwszy bowiem niektóre nieprawidłowości zabarwienia dziąseł np. blade w niedokrewności, sine w gnilcu, fiołkowy rąbek w zatruciu ołowiem, dalej wybroczyny w plamicy, krwawienia w krwawnicy, pleśniawki źle trawiących oseseków, a mocno zapadłych starszych osób, nareszcie swoiste zapalenie przymiotowe i rtęciowe — podręczniki lekarskie nie podają dalszych ani semiotycznych ani patogenicznych

właściwości chorobowo zmienionych dziąseł, odsyłając resztę ich zajęć do chirurgji. Proste zaś zapalenie dziąseł, będąc często połączonem z chorobami zębów, obecnie prawie wyłącznie zaprzątą dentystów, a nie lekarzy.

Od dawna hołdując obecnie coraz więcej przedmiotowej podstawy zyskującemu poglądowi na powstawanie przeważnej części chorób, mianowicie zapalnych, od lat kilkunastu zamierzałem choć tymczasem wynikami postępowania leczniczego, zastosowanego do teorji pasożytniczej, przyczynić się do jej popierania, dopókiby udoskonalone sposoby drobnowidowego badania zdołały unaocznić jej rzeczywistości«.

Następnie omawia Kaczorowski wpływ »zapalenia dziąseł« na różne działy patologji: choroby wewnętrzne, dziecięce, oczne, nerwowe, umysłowe, skórne i podaje swe leczenie, polegające na stosowaniu rozcieńczonej nalewki jodowej solą kuchenną tudzież wyniki lecznicze:

»Niepodobna nie dochodzić do opartego na wyniki ex iuvantibus wniosku, że punktem wyjścia owych różnorodnych zjawisk chorobowych jest nie co innego, jak zapalenie dziąseł. Uprawnienie do podobnego wniosku leczniczego nie byłoby w nauce lekarskiej rzeczą wyjątkową, wszak na nim opieramy rozpoznanie w niektórych wątpliwych przypadkach zakażenia przymiotowego, wszak na nim budując stworzył Lister swą słynną teorję o zakażeniu ran«.

Po omówieniu wpływu ząbkowania utrudnionego i tłumacząc je zakażeniem mówi dalej:

»Taki sam związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem dziąseł a innemi cierpieniami jak u dzieci ząbkujących zachodzi i w późniejszym wieku i dorosłe osoby dostarczają nawet użyteczniejszego do rozświecenia tej kwestji materjału, bo kiedy u dzieci zazwyczaj ostre pojawiają się przypadki, u starszych przewłoczny przebieg niektórych zajęć dziąsłowych i niemniej towarzyszących im zboczeń zdrowia pozwala w obec możności wszechstronnego przedmiotowych i podmiotowych zjawisk badania, dokładniej śledzić wzajemny stosunek pretendowanej przyczyny, a podejrzywanych jej następstw. Utrwaliłem się w swoich wnioskach o ważności tak mało dotąd pod względem patologicznym cenionego stanu dziąseł i mam sobie za obowiązek polecić ten przedmiot uwadze kolegów, których zbiorowa dopiero praca nieuprawianą dotąd wcale ową niwę etjologiczną wyzyskać zdoła ku najważniejszemu zadaniu nauki lekarskiej, t. j. zapobieganiu chorobom, zadaniu, jakiemu tutaj łatwiej i skuteczniej aniżeli na innem polu patologicznem środkami mu przysługującemi sprostać będzie można«.

»Pielęgnowanie jamy ustnej, według zdania naszego, winno wyróść na jeden z najważniejszych przedmiotów higjenicznych zabiegów, nie jak po większej części się dzieje, w ręku przekupniów wyrobów kosmetycznych albo dentystów, ale w ręku lekarzy, tak za czasów zdrowia, jak przedewszystkiem w przebiegu każdej choroby, gdzie najstaranniejsza dezynfekcja stanowić powinna jedno z najkardynalniejszych wskazań leczniczych. Potrzeba takiego wskazania staje się tem natarczywszą w obecnych czasach, gdzie większa część ludności zaopatruje się w sztuczne zęby, przyczyniając się wobec niestosownego zachowania się do tem większego zanieczyszczenia wstępnego przybytku ciała następnego«.

* *
*

Słowa powyższe zostały wypowiedziane przed prawie pół wiekiem, w epoce, kiedy nowe prądy idące z zachodu poczęły kiełkować w umysłach lekarskich, zapoczątkowując erę postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego. Słowa te przypominają żywo przytoczone powyżej apostrofy znakomitego lekarza angielskiego podkreślające ścisły związek, jaki powinien zapanować pomiędzy stomatologją, a innemi działami medycyny i współpracę, która winna łączyć dentystów współczesnych z przedstawicielami innych specjalności lekarskich, we wspólnej pracy nad zwalczaniem chorób uzębienia i ich następstw.

Uwaga. Obfity wykaz piśmiennictwa, obejmujący zwyż 500 numerów, nie może zostać umieszczony z powodu trudności techniczno-wydawniczych.

Oceny i sprawozdania.

Handbuch der Tuberkulose, herausgegeben von L. Brauer G. Schröder u. Blumenfeld. Wydanie III, na nowo opracowane. Lipsk 1923. (Nakładca: Johann Ambrosius Barth). Tom III, stron 817, ze 124 rycinami w tekście, po części kolorowemi i z 14 tablicami kolorowemi (cyfra zasadn. ceny 30, opr. 35). — Tom IV. stron 484, z 60 rycinami i 2 tablicami kol. (Cyfra zas. 18, opr. 23).

Olbrzymiego, wielotomowego dzieła, opracowanego przez 44 najznakomitszych znawców niemieckich, skandynawskich i holenderskich, niepodobna, rzecz prosta, streszczać. Wiadomo też, że »ocena« takich prac zbiorowych musi być, ogólnie biorąc, zawsze jednakowa: mnogość współpracowników pociąga za sobą zawsze pewną niejednolitość poglądów i nierównomierność opracowania całości, natomiast każda poszczególna monografja, jako napisana przez umyślnie wyszukanego, dobrego specjalistę, ma zazwyczaj wielką wartość. Warto jednak podać tu przynajmniej podział dalszych tomów dzieła (którego poprzednie tomy dawniej już w »Gazecie lekars.« omówiono) i przytoczyć punkta, z jakich każdy autor rzecz swoją ujął. I tak: Blumenfeld, pisząc o gruźlicy górnych dróg oddechowych, oprócz historji jej leczenia, rozpatruje: sposoby badania i semiologję, częstość i usadowienie choroby, pierwotną gruźlicę krtani, gruźlicę pierścienia limfatycznego gardła, tocznia i gruźlicę nosa, gruźlicę tchawicy, ropień zimny pozaprzełykowy, gruźlicę jamy ust i ślinianek, wreszcie inne choroby górnych dróg oddechowych u suchotników. Rozdział o gruźlicy oka napisał Hess, o gruźlicy ucha i kości skalistej Körner i Grünberg. W rozdziale o gruźlicy skóry uwzględnia Seifert: Pityriasis versicolor, pityriasis tabescentium, zboczenia czucia skórnego przy gruźlicy płuc, »osteoarthropathie hypertrophiante pneumique«, zmiany owłosienia i paznokci w toku gruźlicy, stosunek kiły i gruźlicy, rumienie u suchotników, erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa, acne cachecticorum, erythema induratum, gruźlicę prosówkową skóry, scrophuloderma, gruźlicę brodawkową skóry i tocznia. Bardzo interesujący dla każdego lekarza jest rozdział p. t. »Gruźlica a układ nerwowy«, napisany przez Hezela, a obejmujący stosunek psychoz do gruźlicy, anatomję patologiczną i patogenezę gruźliczych zboczeń psychicznych i psychoneurotycznych, ich znaczenie sądowo-lekarskie, ich leczenie, wpływ układu nerwowego na powstawanie i przebieg gruźlicy, dalej stosunek gruźlicy do zmian nerwów obwodowych, a w dodatku: chorobę Addisona i zmiany w mięśniach u chorych gruźliczych. Osobną zaś monografję napisał Bostroem o gruźlicy ośrodkowych narządów nerwowych (gruźlicze zapalenie opon, guzy gruźlicze mózgu, gruźlica przysadki mózgowej, gruźlicze sprawy rdzenia). Porges zatytułował swoją rozprawę: »Choroby przemiany materji a gruźlica«, a objął w niej cukrzycę, otyłość i dnę. Schorzenia przewodu pokarmowego, otrzewnej, wątroby, trzustki i śledziony opracował Müller, omawiając nietylko właściwe zmiany gruźlicze w tych narządach, ale i inne ich zmiany, towarzyszące rozwojowi gruźlicy w ustroju. Bohland rozpatruje stosunek gruźlicy do narządu krążenia. Kümmel opracował gruźlicę nerek i pęcherza moczowego, Frank narządy płciowe męskie, Pankow — niewieście. Osobny, duży rozdział napisał również Pankow o stosunku ciąży do gruźlicy. Godne uwagi są wnioski, do których ten autor dochodzi na zasadzie krytycznego rozbioru własnych swych i cudzych spostrzeżeń: gruźlica płuc, zdarzająca się obok ciąży, w $^4/_5$ przypadków jest i pozostaje utajona i ma wtedy tak małe znaczenie, że nie uprawnia do przerywania ciąży. Natomiast na gruźlicę płuc jawną ma ciąża, poród i połóg wpływ niezmiernie niekorzystny; gruźlica pogarsza się zwykle już w pierwszych miesiącach ciąży, wprawdzie nieznacznie, ale natomiast w drugiej połowie postępuje szybko i często wiedzie do śmierci; dlatego też w przypadkach gruźlicy jawnej wskazane jest wczesne przerwanie ciąży. Wobec niepodobieństwa dokładnego rokowania, radzi Pankow przerwanie ciąży stosować szematycznie w każdym takim przypadku, nie kusząc się o indywidualizowanie. W drugiej połowie ciąży może jednak niekiedy przerwanie ciąży złagodzić postęp gruźlicy, jeżeli nie przeszła ona poza I okres lub lekką postać II okresu

(podziału Turbana). Leczenie sanatoryjne dało dotąd wyniki tak niepewne, że nie należy liczyć na nie, zamiast przerwać ciążę. — Następny rozdział, o rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy stawów, pióra Kischa, uwzględnia w szerokiej mierze nowe sposoby badania (Röntgen) i leczenia tej sprawy (naświetlania). — Kowitz opracował ciekawy temat o stosunku gruczołów dokrewnych do gruźlicy. W tomie IV znajdują się monografje: Heglera o gruźlicy prosówkowej, Kleinschmidta o gruźlicy w wieku dziecięcym, Hoppe-Seylera o gruźlicy u starców, Ziegiera o chorobie Hodgkina, Deyckego o stosunku gruźlicy do trądu, Klimmera o gruźlicy u zwierząt, Grau'a o orzekaniu w przypadkach gruźlicy narządów wewnętrznych, a Linigera o orzekaniu co do niezdolności do pracy w gruźlicy zewnętrznej. Do każdego rozdziału w obu tomach dołączony jest wykaz piśmiennictwa, przeważnie wyczerpujący (niektóre wykazy obejmują kilkanaście stron drobnego druku). *(r.)*

Przegląd piśmiennictwa

Choroby wewnętrzne.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 57/58.

B r u c k. **Odczyn Bruck'a (Br.) w kile.** Jedną z uproszczonych metod badania serologicznego kiły jest odczyn Bruck'a, który można wykonać bez wirówki. Bezpośrednio przed badaniem należy przygotować zawiesinę z alkoholowego wyciągu serca ludzkiego w ten sposób, że do 1 cz. tego wyciągu dodaje się kroplami 1 cz. 10% NaCl tak, żeby powstała jednolicie mętna zawiesina.

W y k o n a n i e o d c z y n u: do 0,1 cm unieczynnionej surowicy dodać 0,2 cm 10% NaCl i 0,2 zawiesiny z wyciągu; zmieszać i zostawić na 24 godzin, poczem dodać jeszcze 1 cm 10% NaCl i wstrząsnąć. Surowice z ujemnym odczynem są jednolicie mętne, z dodatnim odczynem wykazują osad z cz. lipoidowych. Korzystanie z wirówki daje możność otrzymania wyniku już po 20 min.

W y k o n a n i e o d c z y n u: do 0,2 cm unieczynnionej surowicy dodać 0,8 ccm 10% roztworu Natr. sulfur. sicc. i 0,2 cm zawiesiny z wyciągu serca, zmieszać i wirować na wirówce elektrycznej 20 min., potem odczytać.

Badania te, prowadzone równolegle z badaniami na odczyn Wassermanna, dawały zupełnie zgodne wyniki.

Nr. 41.

B r ü n i n g. **Badania nad n. współczulnym.** Przyczynę zaburzeń troficznych autor upatruje nie w braku czynności nerwu, ale w drażnieniu patologicznem nerwów, zwłaszcza n. współczulnych. Anatomiczne badanie wyciętego węzła współczulnego (w dusznicy sercowej) wykazuje mikroskopowo przewlekłe zapalenie, rozwój tk. łącznej i zwyrodnienie nerwów, — objawy dające drażnienie. Autor wycinał *ganglion stellatum* częściowo łącznie z nerwami współczulnemi w przypadkach: 1) dusznicy bolesnej, 2) gangreny R a y n a u d'a, 3) sklerodermji, 4) połowicznego zaniku twarzy, 5) w celu obniżenia ciśnienia krwi przy jego wzmożeniu, 6) w celu wywołania przekrwienia mózgu w parkinsoniźmie po nagminnem zapaleniu mózgu, i stwierdzał wszędzie (prócz 2 ostatnich przypadków) w wyciętych węzłach zmiany zapalne z nacieczeniem limfocytów. Operowane przypadki dawały zupełnie dobre wyniki; zabieg operacyjny polegał na usunięciu węzła wraz z nerwami okołonaczyniowemi (periarterielle sympathectomie). Po wycięciu węzła ustaje wydzielanie potu, które powraca później w zmniejszonym stopniu, co jest dowodem albo automatyzmu w wydzielaniu potu, albo nieuszkodzonych jeszcze dróg współczulnych po wycięciu *g. stellatum.*

Technika operacyjna w zabiegach tych polega na usuwaniu nie tylko błony zewnętrznej (adventitia), ale i tkanki otaczającej (periadventitia) wraz z nerwami.

Bronisława Szuldberg (Warszawa).

Nr. 43.

L. M o l n a r. **O istocie i znaczeniu klinicznem próby pyramidonowej na obecność krwi.** M. stwierdził, że próba pyramidonowa pod względem czułości swej zajmuje miejsce pośrednie między próbą benzydynową i gwajakową. Zaletą jej jest to, że występujące w niej zabarwienie fioletowe jest wyraźne i daje się łatwo uchwycić. Ujemną zaś stroną, że zabarwienie to prędko znika. W celu uproszczenia wykonania próby, autor dodaje do płynu badanego 5% roztworu alkoholowego pyramidonu i 50% kwasu octowego nie oddzielnie, lecz, jako jednego odczynnika, który nawet przy dłuższem przechowywaniu nie ulega zepsuciu. Zamiast zwykłej wody utlenionej lepiej jest dodawać perhydrolu Mercka. Kał bada autor w ten sposób, że rozciera go ze wzmiankowanym odczynnikiem pyramidonowym i następnie sporządza wyciąg eterowy, do którego dodaje od dołu perhydrolu. Dodatnia próba charakteryzuje się wystąpieniem wyraźnej obrączki fioletowej.

Istota odczynu polega prawdopodobnie na tem, że w obecności krwi pyramidon utlenia się przejściowo na związek barwnikowy. Hemoglobina krwi odgrywa tu rolę katalizatora, który łączy się z powstającym związkiem.

Nr. 43.

A. A d l e r. **Wpływ wątroby na wydalanie wody.** A., przeprowadzając badania nad żółtaczką, zauważył, że chorzy z żółtaczką źle wydalają wodę. W celu bliższego wyjaśnienia wpływu wątroby na wydalanie wody, wykonał próbę wodną i stężeniową według V o l h a r d'a w 24 przypadkach, dotyczących przeważnie cierpień wątroby. Autor stwierdził, że w przypadkach schorzeń wątroby łagodnych, mało uszkadzających miąższ, zdolność wydalania wody i zdolność stężania zachowywały się normalnie. Natomiast cięższe stopnie uszkodzenia miąższu wątroby, przebiegające z żółtaczką, bądź też bez niej, prowadziły do upośledzenia w wydalaniu wody i w zdolności stężania. W przypadkach, gdy następowało wyzdrowienie, powracały też normalne stosunki w wydalaniu wody. A. przypisuje wątrobie wpływ na regulację wody w organizmie. Uważa, że dzieje się to nie na drodze mechanicznego zatrzymywania wody przez wątrobę, lecz dzięki zdolności jej regulowania stanu fizykalno-chemicznego białka w surowicy. *Lucjan Jelenkiewicz* (Warszawa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.

T. 5. 1922.

L e u r e t i A u b e r t i n. **Niewydolność wątroby u chorych na gruźlicę płuc.** Autorzy rozpatrują wpływ gruźlicy na czynność wątroby i wpływ niewydolności wątroby na rozwój sprawy gruźliczej. Badania swe autorzy przeprowadzili na 103 chorych z gruźlicą płuc; próby ponawiali u tych samych chorych wraz z postępem sprawy chorobowej; przeprowadzali je 3 do 4-ch razy w przeciągu czterech miesięcy w równych odstępach czasu; próby polegały na badaniach klinicznych i laboratoryjnych: cukromocz pokarmowy, próba Roch'a, urobilinurja, odczyn Hay'a, próba hemoklazyczna, określanie stałej Clogne-Derrien'a, glykuronurja. Na zasadzie swych badań twierdzą, że niema objawu klinicznego, ani metody laboratoryjnej, która by pozwalała na postawienie pewnego rozpoznania niewydolności wątroby. Dopiero wynik dodatni dwu lub trzech z wymienionych wyżej prób czynnościowych daje prawo do wniosku. Na zasadzie wyników swych badań autorzy podzielili swych chorych na trzy grupy. Pierwsza liczyła 29 chorych; wszyscy chorzy za wyjątkiem czterech, byli w stanie ciężkim, ze zmianami na znacznej przestrzeni płuc. Powtarzane z przerwą miesięczną badania stale wykazywały uszkodzenie czynności wątroby; choroba postępowała coraz groźniej i skończyła się śmiercią — czyli, że niewydolność wątroby daje rokowanie złe. Druga grupa składała się z 30 chorych. Badania w ciągu sześciu miesięcy nie wykrywały zmian w czynności wątroby — były to przypadki przebiegające pomyślnie. Do trzeciej grupy należało 32 chorych, u których badanie wykazywało czasową niewydolność wątroby; u 11 z nich nie widać było postępu choroby; na niedomogę wątroby wpływały pośrednio inne cierpienia, jak grypa, zaparcie, cierpienia jelit. U 21 uszkodzenie czynności wątroby szło równo-

legle do postępów gruźlicy. 12 chorych leczonych odmą podzielić można na trzy grupy: 1) gdzie wraz z postępem choroby wykrywano niewydolność wątroby; odma nie zatrzymywała choroby; chorzy tacy ginęli; 2) do drugiej grupy należeli chorzy bez niewydolności wątroby; chorzy tacy świetnie się poprawiali; 3) do trzeciej grupy należeli chorzy, u których odma zmieniała charakter przebiegu choroby oraz jednocześnie stan czynnościowy wątroby. Niewydolność wątroby u chorego nadającego się do leczenia odmą nie stanowi przeciwwskazania.

W przebiegu gruźlicy przez wątrobę są wydalane pewne materje szkodliwe lub tam unieszkodliwiane; to jest przyczyną nadmiernej czynności i w następstwie — niewydolności; każdy skok choroby wywołuje przejściową niewydolność wątroby; podczas każdego skoku choroby mamy pewnego rodzaju septykemję, wskutek nowej inwazji laseczników; organizm stara się je wydalić drogami naturalnemi; Calmette dowiódł, że wątroba jest jedną z najważniejszych. Podczas postępu choroby widzimy wiele laseczników w kanałach wydzielniczych wątroby; obecność tych czynników chorobotwórczych nie jest bezkarna dla samej wątroby, gdy do ich działania dołącza się jeszcze szereg czynności obronnych oraz wzmożona czynność narządu.

Stwierdzona niewydolność wątroby źle rokuje; nie znaczy to jednak, by przy nieuszkodzonej czynnościowo wątrobie przebieg gruźlicy miał być zawsze łagodny, gdyż na postęp sprawy chorobowej wpływa cały szereg innych czynników.

Uznając rolę wątroby w walce z przebiegiem gruźlicy, należy oszczędzać wątrobę. Nie należy przeto przekarmiać chorych gruźliczych; leki stosowane przy leczeniu nie powinny dawać wątrobie dużo pracy, jako gruczołowi, wytwarzającemu ciała neutralizujące. Zalecają siarczan sodu, podawany codziennie rano w ciągu 10—15 dni w ilości 5,0; po paru dniach przerwy kurację tę należy powtórzyć. Autorzy widzieli dzięki podawaniu tego środka żółciopędnego nieoczekiwany spadek ciepłoty, zjawienie się dobrego łaknienia i poprawę ogólną, czasami znaczną.

Pissavy i Bernard. **Odczyn skórny i przeciwciała gruźlicze.** W przeciwieństwie do zdania Wassermanna i Brück'go — Calmette i Massol dowiedli, że przeciwciała, zawarte w surowicy gruźliczych, nie odgrywają żadnej roli w tworzeniu odczynów tuberkulinowych. Nie należało, zdaniem autorów, oczekiwać równoległości między wynikami, otrzymywanymi przez odczyn skórny z jednej strony i odczynem wiązania w obecności antigenu gruźliczego z drugiej strony. Autorzy stosowali u 80 chorych odczyn skórny oraz określali przeciwciała gruźlicze. Stosowali tuberkulinę z instytutu Pasteur'a nierozcieńczoną, 25% i 1%. Odczyn wiązania wykonywali zapomocą antigenu Bezredki sposobem Calmette-Massola. Wyniki otrzymali następujące. Do pierwszej serji należało 27 osób dorosłych z podejrzeniem gruźlicy bez pewnych danych klinicznych. Odczyn skórny u 26 na 27 był dodatni przy użyciu tuberkuliny czystej lub 25%, w 18 z tuberkuliną 1%; odczyn Bezredki był dodatni w 9 przypadkach; przytem te 9 przypadków nie szło w parze z odczynami skórnemi b. wybitnemi; w 1 przypadku odczyn skórny był ujemny; w drugim był dodatni przy stosowaniu 25% tuberkuliny. Tą samą niezgodność widziano przy drugiej grupie, składającej się z 34 chorych z gruźlicą otwartą, nie bardzo posuniętą, bez ciężkich objawów ogólnych. Dwoje chorych okazało się w stanie anergji. Jeden z odmą naturalną z silnym odczynem wiązania; drugi przypadek u ciężarnej w V. miesiącu ciąży z odczynem Bezredki dodatnim. U 2 chorych surowica nie zawierała przeciwciał, podczas gdy odczyn skórny z tuberkuliną 1% był dodatni. U pozostałych 30 chorych oba odczyny były dodatnie, lecz nie znaleziono żadnego stosunku między napięciem obu odczynów. W grupie trzeciej u 19 ciężko chorych z jamami, z wysoką ciepłotą, z charłactwem wybitnem, z których sześciu zmarło w ciągu sześciu dni po wykonaniu odczynów — odczyn skórny był dodatni tylko u 4 z tuberkuliną nierozcieńczoną, a tylko w jednym z 25% tuberkuliną. Odczyn wiązania był dodatni u 17 na 19; ilość przeciwciał była zwiększona u chorych bardzo wycieńczonych. Nie ma żadnego stosunku między obecnością i intensywnością odczynu skórnego z jednej strony a obecnością i ilością przeciwciał z drugiej strony. Odczyn wiązania nie jest tak często dodatni przy gruźlicy początkowej; przeciwnie, jest zwykle dodatnim w końcowym okresie choroby, wtedy gdy tuberkulina daje odczyn ujemny. Poszukiwanie przeciwciał i ich miareczkowanie nie mają takiego znaczenia w rokowaniu, jak odczyn skórny, gdyż często u tego samego chorego wraz z pogorszeniem się stanu choroby odczyn wiązania z początku bardzo silny następnie stawał się słabszy i odwrotnie.

Chrétien, Germain i Raymond. **Dane statystyczne i etjologiczne gruźlicy ptasiej.** Dane dotyczą badań autorów nad gruźlicą ptactwa i zwierzyny, sprzedawanych w Halach Centralnych w Paryżu przed wojną. Od chwili, gdy inspekcja sanitarna ptactwa i zwierzyny została powierzona weterynarzom, daje się stwierdzić coraz większa ilość chorego na gruźlicę drobiu.

Gdy w roku 1908 stwierdzono 31 przypadków w roku 1913 naliczono już 831.

Objaśnia się to z jednej strony lepszemi metodami badania, z drugiej zaś tem, że więcej ptactwa zostaje przysyłane z miejscowości, w których gruźlica jest bardziej rozpowszechniona. Duży odsetek chorego ptactwa daje się spostrzegać pośród ptactwa, pochodzącego z Holandji.

Przypadków gruźlicy wśród ptactwa i zwierzyny w latach 1911—12 i 13 autorzy widzieli u kur 192—286 i 427; indyczek 2, 0, 2; perliczek 0, 10, 1; bażantów ani jednego przypadku, kaczek 0, 0, 1 i u królików 2, 0 i 0.

Koguty rzadziej zapadają na gruźlicę niż kury; objaśnia się to tem, że większość kogutów zostaje spożywana w postaci kurcząt, podczas gdy kury są chowane dla niesienia jaj. U kaczek spotyka się b. rzadko gruźlica; u gęsi i gołębi nie spostrzegano ani razu; u bażantów spotyka się, lecz tylko u chowanych.

Zasługuje na uwagę fakt, że ilość chorego drobiu jest większa w tych okolicach, gdzie większa jest ilość chorego na gruźlicę bydła. W okolicach tych do pożywienia ptactwa wchodzą niewyjałowione produkta mleczne. Ptactwo to mieści się w bliskości trzody chlewnej, wśród której znajduje się duży odsetek chorych na gruźlicę. Podobne zjawisko jak we Francji, daje się spostrzec i w Holandji. Nie można jednakże twierdzić z całą pewnością, że przyczyną zakażenia drobiu jest spożywanie przez nie produktów, zakażonych gruźlicą bydlęcą.

Pierwszy Kongres Międzynarodowy, poświęcony sprawie szkół, znajdujących się na wolnem powietrzu.

Dr. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Okulistyka.

Revue générale d'ophtalmologie.

Janvier 1923.

Dr. Cosmettatos. **Mięsak pierwotny nerwu wzrokowego.** Mięsaki nerwu wzrokowego zależnie od warstwy, z której wychodzą, dzielimy na: a) *sarcoma extradurale*, b) *intradurale* i c) *interstitiale*. Pierwsze z nich bywają najczęściej wtórnemi, pozostałe zaś pierwotnemi. W przypadkach gdzie cały nerw wzrokowy wraz ze swemi osłonkami jest nowotworowo zmieniony, jakto zazwyczaj w późniejszem stadjum rozwoju nowotworu bywa, przeprowadzenie tej klasyfikacji napotyka na wielkie trudności. Uwzględniwszy jednak pewne szczegóły obrazu anatomopatologicznego można z wielkim prawdopodobieństwem oznaczyć punkt wyjścia i pochodzenie nowotworu.

Autor opisuje przypadek z własnej praktyki: Chory zgłosił się z powodu powiększającego się wytrzeszczu gałki i upadku wzroku. Badanie wykazało guz pozagałkowy. Rozpoznano: *Neoplasma n. optici* i dokonano wyłuszczenia gałki ocznej wraz z guzem. Nowotwór składał się z dwóch guzów (2,5 i 3,0 cm średnicy) nanizanych na nerw wzrokowy jak paciorki. Histologicznie stwierdzono utkanie mięsaka okrągłokomórkowego, zarówno w obrębie pnia nerwu wzrokowego, jakoteż jego osłonek. W częściach środkowych preparatu wśród pasem tkanki łącznej znajdowały się liczne

ogniska nekrotyczne i naczynia zwyrodniałe szklisto. Ku obwodowi ogniska te znikały, tkanka nowotworowa stawała się bardziej żywotną i infiltrowała tłuszcz oczodołu. Ten fakt że ogniska nekrotyczne były liczniej rozsiane w środku nerwu wzrokowego, a stawały się coraz rzadsze ku obwodowi i wreszcie całkiem zanikały, oraz, że komórki nowotworowe wykazywały większą żywotność na obwodzie, wskazuje, że trzon nerwu był najwcześniej dotknięty zmianami nowotworowemi i wskutek tego uległ też najwcześniej zmianom wstecznym. Autor wnioskuje przeto, że nowotwór wyszedł z tkanki łącznej przynaczyniowej tętnicy środkowej siatkówki i jest mięsakiem pierwotnym.

Avril 1923.

Dr. Gourfein. Skuteczność leczenia solami bizmutu różnych schorzeń ocznych natury kiłowej. Autor ogłasza dalsze 83 przypadki różnych schorzeń ocznych natury kiłowej, które leczył injekcjami śródmięśniowemi soli bizmutu (Néotrépol 0,1 pro dosi). We wszystkich przypadkach autor otrzymał wyleczenie lub znaczną poprawę. Szczególnie korzystne i szybkie działanie soli bizmutu obserwował w przypadkach *iritis* i *irydocyclitis*, gdzie już po 3—5 injekcjach znikały objawy podmiotowe i przedmiotowe. Autor uzyskał także poprawę w tych przypadkach czynnościowych zmian w kile nerwowej oka, które opornie się zachowywały wobec leczenia swoistego. Reakcja Wassermanna nie we wszystkich przypadkach leczonych solami bizmutu ulegała zmianie na ujemną lub wątpliwą (18 na 25); ogólne więc wyjałowienie ustroju tem leczeniem niezawsze się osiąga. Niekorzystnych powikłań ze strony nerwu wzrokowego lub innych narządów autor nie widywał. Niezmiernie doniosłe, szczególnie dla schorzeń ocznych, jest niezwykle szybkie ustępowanie objawów miejscowych pod wpływem soli bizmutu. To korzystne i szybkie działanie bizmutu na przebieg schorzeń ocznych natury kiłowej, skłoniło autora do wypróbowania go także w ciężkich i opornych przypadkach *iritis*, *iridocyclitis* i *chorioretinitis* tła niekiłowego, gdzie leczenie zwykle pozostawało bez wyniku. We wszystkich przypadkach udało się mu uzyskać poprawę lub powstrzymanie sprawy chorobowej.

Juillet 1923.

Dr. Collomb. Rzadki przypadek zapalenia rogówki. (Keratitis superficialis migrans). Do autora zgłosił się chory z powodu bólu oka i światłowstrętu. Na rogówce znajdował się powierzchowny, linijny, skośnie od góry ku dołowi przebiegający naciek z dwoma punkcikowatemi owrzodzeniami na końcach. Badanie bakterjologiczne nie wykryło nic szczególnego. W czasie dalszej obserwacji (tymczasem tuszował naciek silnym roztworem zinc. sulf.) zauważył autor, że naciek począł się zwężać ale jednocześnie dolny jego koniec począł wędrować ku górze tak, że po pewnym czasie cały już naciek znajdował się w górnej części rogówki, a następnie po 5 miesiącach znikł zupełnie nie pozostawiając żadnego śladu. Najcharakterystyczniejszym i najbardziej niezwykłym objawem było przewędrowanie procesu z dolnej części rogówki na górną. Autor zestawiając ten przypadek z przebiegiem przy *keratitis fascicularis* i *ulcus rodens* Mooren'a, gdzie dominuje także objaw wędrówki, dochodzi do przekonania, że jego przypadek przebiegiem najbardziej zbliża się do typu *ulcus rodens*, którego stanowi łagodną odmianę.

M. Zachert.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. -- Zjazdy.

Lubelskie Towarzystwo. Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 4 października 1923.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 24.

1) Kol. Biernacki referuje sprawę dawnych i obecnych poglądów na afazję; omawia jej patogenezę, jakoteż ogólnie przyjętą lokalizację w centrach Broca i Wernicke'go; uważa za sztuczny podział afazji przez niektórych autorów nietylko na kilka, ale nawet na kilkanaście odmian na drodze badań psychologicznych z wyszukiwaniem lokalizacji w mózgu. Sądzi, iż w powstawaniu afazji wielką rolę odgrywa zaburzona sprawność intelektu, a co do lokalizacji najwłaściwszym wydaje mu się punkt widzenia Pierre Marie: afazję mogą wywołać nie tylko zmiany w korze mózgowej, lecz i w głębiej położonych warstwach — w okolicy centrum Wernicke'go. Na dowód słuszności punktu widzenia Pierre Marie przytacza własny przypadek afazji, wywołanej krwotokiem do lewej komory bocznej.

W dyskusji kol. Drożdż zaznacza, iż według Pierre Marie, ośrodek mowy nie jest preformowanym w mózgu, jak to ma miejsce z ośrodkami ruchowymi, lecz rozwija się dopiero w późniejszem życiu, a co do danego przypadku, który również obserwował, sądzi, iż należy być ostrożnym we wnioskowaniu wobec braku badań histologicznych.

Kol. Padernacki w odpowiedzi podnosi, iż jest zrozumiałe, że ośrodki ruchowe są przedysponowane w mózgu, ponieważ są filogenetycznie starsze, niż ośrodek mowy.

2) Kol. Moroz wygłasza pierwszą część swego referatu, o znaczeniu analizy żołądkowej w chorobach żołądka.

3) Przewodniczący w imieniu Zarządu Towarzystwa poddaje pod obrady zebrania myśl założenia w Lublinie pracowni anatomo-patologicznej, uzasadnia konieczność stworzenia tej instytucji, stawia wniosek wybrania komisji, któraby się składała z Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, vice-prezesa Towarzystwa i naczelnych lekarzy wszystkich pięciu szpitali lubelskich.

Zebranie bez dyskusji przyjęło wniosek Zarządu i wyżej wymieniony skład komisji, wyznaczając jej miesięczny termin dla opracowania projektu.

Posiedzenie w dniu 18 października 1923 r.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 17.

1) Przewodniczący zawiadamia zebranych o śmierci ś. p. Henryka Wierczeńskiego, odczytuje list Rady Miejskiej do Towarzystwa w sprawie przyjęcia udziału w zebraniu, mającem wyłonić komitet oddania czci Zmarłemu, w krótkich słowach kreśli wybitne zasługi zmarłego w życiu społeczeństwa na rożnych terenach działalności i nawołuje do wzięcia jak najliczniejszego udziału w pogrzebie; w końcu wzywa zebranych do uczczenia Jego pamięci przez powstanie z miejsc.

2) Kol. Czerwiński demonstruje preparat fibromyomatosis uteri z czteromiesięczną ciążą.

3) Kol. Moroz wygłasza drugą część swego referatu: O znaczeniu analizy żołądkowej w chorobach żołądka.

W dyskusji kol. Płaczkiewicz podnosi znaczenie ścisłego określania ilości bułki i czasu wydobycia treści pokarmowej w próbach śniadania Ewalda, omawia nową próbę Loepera, przytacza poglądy Mennier'a na wpływy niedostatecznego opróżniania się żołądka na wydzielanie soku żołądkowego, i wbrew opinji referenta, sądzi, iż mikroskopowe badanie w pewnych razach ma doniosłe znaczenie, n. p. przy określaniu, czy sprawa nowotworowa, owrzodzenie toczy się w żołądku przed odźwiernikiem, czy też po za odźwiernikiem.

Kol. Dziemski wskazuje na dodatni wpływ leżenia przy leczeniu owrzodzeń żołądka i że małe dawki alkaljów sprzyjają wydzielaniu się soku żołądkowego, zabieg operacyjny uważa za wskazany w owrzodzeniu przy krwotokach i uporczywem trwaniu choroby.

Kol. Biernacki omawia sprawę wskazań do zabiegu operacyjnego w owrzodzeniu; sądzi, że owrzodzenie dwunastnicy zawsze daje wskazanie do operacji; owrzodzenie zaś żołądka b. często daje dobre wyniki przy leczeniu wewnętrznem, do którego oddawna zamiast drogiego bizmutu używa z równym skutkiem względnie taniej kaoliny; zabieg operacyjny w każdym przypadku owrzodzenia żołądka nie gwarantuje wyzdrowienia i nie zabezpiecza przed nawrotem choroby. Po zatem zabierali głos koledzy: Bieniek, Lerkam i Arnsztajn. Kol. Moroz odpowiada poszczególnym mówcom, co do alkoholu wyjaśnia, iż wzmaga on wydzielanie soku żołądkowego przy podawaniu go nie tyl o wewnątrz, lecz i w lewatywie.

4) Przewodniczący odczytuje list prof. Gluzińskiego w sprawie utworzenia przy Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem sekcji internistów.

W dyskusji zabierali głos kol.: Szafnicki, Czerwiński, Dziemski, Drożdż i Biernacki.

W zakończeniu dyskusji przewodniczący obiecuje w najbliższym czasie zwołać wszystkich internistów z Lublina dla omówienia i zadecydowania sprawy.

Posiedzenie w dniu 5 listopada 1923 r.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 20.

1) Kol. Cywiński demonstruje preparat endocarditis ulcerosa na zastawce dwudzielnej 7-o miesięcznego dziecka, które zmarło nagle; przy tej sposobności omawia patogenezę cierpienia, powołując się na Nobécourt'a; wśród czynników, sprowadzających endocarditis, figurują choroby górnego odcinka dróg oddechowych i przewodu pokarmowego; mówi o przyczynach nagłej śmierci w wieku niemowlęcym, jako to: przerośnie grasicy w status thymico-lymphaticus, o cierpieniach gruczołów dokrewnych, o niedorozwoju i zachorzeniach układu chromochłonnego.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Cynberg, Sikorski i Jaczewski.

2) Kol. Garbaczewski daje krótki zarys wystawy higienicznej im. Pasteur'a w Strassburgu.

3) Przewodniczący w zastępstwie chorego kol. Wąsowskiego odczytuje protokół komisji w sprawie pracowni anatomo-patologicznej i poddaje pod obrady, czy Towarzystwo ma brać udział w materjalnem zapewnieniu istnienia pracowni.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Krysiński, Szafnicki, Garbaczewski, Sitkowski, Biernacki, Sikorski i Cywiński. W głosowaniu prawie jednogłośnie przyjęto wniosek kol. Krysińskiego, iż Towarzystwo udział takowy weźmie i dalszy bieg sprawy pracowni przekazuje tejże komisji.

4) Przewodniczący komunikuje, iż Zarząd Towarzystwa uznał tworzenie innych sekcji po za Kołem Internistów za trudne do urzeczywistnienia z przyczyny małej ilości członków w poszczególnych specjalnościach.

Flaczkiewicz sekretarz.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w d. 19 września 1923 r.

1) Kol. Eljasberg (z oddz. kol. Goldmana) przedstawia: 1) chorą operowaną z powodu raka z rnej szczęki; 2) chorą operowaną z powodu ostrej niedrożności jelit, wywołanej przez guz ślepej kiszki prawdopodobnie gruźliczego pochodzenia.

2) Na wiceprzewodniczącego wybrano (z powodu wyjazdu prof. Mikulskiego) — prof. Venuleta.

3) Kol. Mikłaszewski odczytał rzecz: **O Truskawcu** (dzieje rozwoju, topo- i klimatografja, krenologja wód oraz wskazania lecznicze). Kończąc swój wykład kol. M. stawia dwa wnioski natury ogólnej: 1. pożądane są perjodyczne konferencje lekarzy zdrojowych dla wyjaśnienia rozmaitych zagadnień balneoterapeutycznych i uzgodnienia rozmaitych poglądów na tę sprawę; 2. zachodzi nieodzowna potrzeba utworzenia katedry balneologji przy wydziale lekarskim jednej z wszechnic, najwłaściwiej lwowskiej, położonej w ośrodku uzdrowisk mało polskich.

W dyskusji nad referatem wzięli udział koledzy: Smoleński, Sterling i referent.

4 Kol. Tomaszewski przedstawił b. rzadki preparat śledziony wędrującej, usuniętej wskutek skręcenia u 8 letniej dziewczynki, która zachorowała przy objawach, nasuwających przypuszczenie zapalenia wyrostka rob. z pęknięciem i rozpoczynającym się zapaleniem otrzewnej. Przy operacji na pr. dole biodrowym uwidocznił się guz zrośnięty z siecią na szypule, prowadzący ku górze w kierunku lewego brzegu żebrowego. Guz okazał się śledzioną.

5) Kol. Goldman przedstawił preparat guza usuniętego u $1\frac{1}{2}$ l. dziecka, które od roku chudło. Guz rzekomy zajmował górny kwadrat lewej połowy brzucha. Rozpoznanie wahało się między krzywicą z powiększeniem wątroby i śledziony a guzem śledziony. Rentgenogram wykazał guzowate powiększenie śledziony. Obraz krwi był normalny. Guz okazał się nowotworowo (sarc. globocellulare) zmienioną nerką, wagi 1200 gr. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Kol. G. wskazuje na nieodpowiednie orzekanie o rozpoznaniu na podstawie zdjęć roentgenowskich.

Posiedzenie w d. 3 X. 1923 r.

1. Kol. Sterling wygłasza odczyt p. t.: **Po dwunastu latach stosowania odmy sztucznej.**

Forlanini za cel zabiegu uważał ucisk płuca chorego do granic możliwości. Dziś dążymy, zakładając odmę, do trzech różnych wyników: 1. Zakładamy odmę uciskającą w tych przypadkach, w których tkanki płuc nie wykazują skłonności gojenia się; 2. zgodnie z zasadami, które prelegent wygłosił w odczycie swoim na II Zjeździe Internistów Polskich (Lwów 1914), w przypadkach, mających skłonność do gojenia się, zakładamy odmę rozluźniającą. 3. Trzecią postacią jest odma zapobiegawcza. Tę stosujemy w celu czasowego uniemożliwienia propagacji zarazka; jest to niejako ligatura oskrzeli i dróg chłonnych naokoło ogniska. Taką odmę zakładać należy w przebiegu ciąży przy jednostronnem ognisku czynnem; nawet wtedy, kiedy chorą widzimy pod koniec ciąży, albowiem mechanizm rozrzucania zarazka do oskrzeli okolic zdrowych i mechanizm przysysania plwocin zakaźnych szczególnie jest ułatwiony podczas samego aktu porodowego.

Poza wskazaniami klasycznemi Forlanini'ego, autor założenie odmy uważa za wskazane: 1) podczas ciąży nawet wtedy, kiedy sprawa nie jest daleko posunięta, zamiast przerywania ciąży; 2) przy sprawie chorobnej obustronnej, jeśli można ograniczyć się do odmy rozluźniającej; 3) w rzadkich przypadkach zapalenia płuc gruźliczego (przytoczenie przypadku powstania odmy sztucznej przypadkowej w zależności od poszukiwania mylnie rozpoznanego zapalenia opłucnej międzypłatowego). Prelegent zwęża wskazania, nie widząc możności zakładania odmy sztucznej przy krwotokach płucnych, ponieważ rzadko z całą pewnością wiemy, które płuco krwawi, powtóre nie widział pożytku zastępowania wysięków opłucnych — gazem, chyba na bardzo krótko, Phrenicotomję stosował 5 razy; uważa ją za pożyteczne dopełnienie odmy sztucznej, jeśli dokonano wycięcia nerwu na znacznej przestrzeni. W technice stosowanej w ciągu lat ostatnich podkreśla szczegóły takie, jak: 1) korzystanie ze znieczulenia wszystkich warstw kl. piersiowej; 2) niskie ułożenie głowy chorego — w celu zapobieżenia zatorowi gazowemu w mózgu; 3) używanie powietrza, a nie innego gazu, ponieważ od czasu zaniechania azotu (i tlenu), nie widuje na oddziele prawie wcale wysięku opłucnej. Sam nigdy nie miał przypadku śmierci w zależności od techniki; na oddziale zdarzył się — przed wojną przypadek zatoru śmiertelnego, podczas nieobecności prelegenta.

Jakkolwiek mówca z wielu względów unika reinsuflowania po za szpitalem, zdarzają się przypadki, w których jest to niezbędne. By uniknąć przewożenia ciężkiej aparatury obmyślił demonstrowany przyrząd do zakładania odmy sztucznej, którego rozmiary pozwalają na rozmieszczenie po kieszeniach wszystkich jej części składowych.

Nad odczytem rozwinęła się dyskusja, w której wzięli udział kol. Perlis, Misjon, Załęski, Goldberg, prof. Venulet i prelegent. Kol. Perlis wskazuje na mierne wyniki wycięcia n. przeponowego i oddzielnego założenia odmy sztucznej, jako zabiegów samodzielnych. Co do pierwszego zabiegu, to niezbędnymi warunkami dostatecznego uniesienia przepony jest wycięcie 30—50 cm nerwu b. cienkiego i często urywającego się. Wobec tego zaś, że i odma sztuczna sama również często nie stwarza t. z. »intensive Ruhigstellung« płuca, zaczęto stosować od niedawna leczenie kombinowane: z początku frenikotomję, a po 8—14 dn. (najpóźniej) odmę. Spostrzeżono, że bezwładna po egzerezie przepona, po insuflacji powietrza do jamy opłucnej nie daje się wepchnąć ku dołowi, gdyż ilość wpuszczanego powietrza jest znacznie mniejsza, niż przy założeniu samej odmy.

W przypadkach założenia powtórnej odmy można ją wykonać w czasie znacznie późniejszym, gdyż wskutek wysokiego podniesienia przepony, wchłanianie powietrza odbywa się znacznie wolniej. Zauważono również, że w przypadkach leczonych zabiegiem skombinowanym, niezbyt rzadkie po założeniu odmy następcze wysiękowe zapalenie opłucnej, bywa niezmiernie rzadkie, a wysięk sam bardzo nieznaczny. W ostatnim roku w klinikach berlińskich ów zabieg skombinowany wykonany został u 50-u chorych z jednostronną gr. płucną z wynikiem nader dodatnim. Kol. Misjon podnosi kwestję rozszerzenia wskazań dla stosowania odmy sztucznej w sprawach świeżych, lekkich, jednostronnych, powołuje się na pracę Tuszewskiego. Jako główny argument ten ostatni podaje istnienie zrostów w dalszym przebiegu gruźlicy, które są główną przeszkodą dla odmy sztucznej. Kol. Załęski stosował odmę w wielu przypadkach i ma wrażenie, że wysięki po założeniu odmy dają lepsze zejście, aniżeli po resekcjach.

Kol. Goldberg z punktu widzenia rentgenologa czasem po frenikotomji nie mógł stwierdzić porażenia przepony. Kol. prof. Venulet wyraża przypuszczenie, że w działaniu odmy obok czynników mechanicznych, fizykalnych, dużą rolę odgrywają czynniki bjologiczne, chociaż proteinizacja ustroju, w razie nadmiernej resorbcji ogniska swoistego, może być i szkodliwą (z jednej strony znikanie siniey po założeniu odmy; chudnięcie i podniesienie ciepłoty po zabiegu — z drugiej).

Kol. Sterling 1) zgadza się na skuteczność leczniczą przecięcia n. przeponowego, ale nie może się na to zgodzić, aby krótki dopiero czas stosowania tego zabiegu pozwalał na stanowczy wyrok o jego wartości. 2) Jest stanowczym przeciwnikiem rozszerzenia wskazań na przypadki lekkie choćby dlatego że ucisk jednego płuca czyni katastrofę z niewielkiego nawet zachorzenia płuca symetrycznego. 3) Rzeczą jest pewną, że i w płucu symetrycznem, t. z. praktycznie zdrowem, muszą już istnieć zmiany swoiste, jeśli drugie płuco jest dotknięte zmianami rozległemi. 4) Nie wyobraża sobie, by w tych przypadkach ciężkich mogły działać leczniczo środki immunoterapeutyczne. Autotuberkulinizacja ustroju przez wprowadzenie do ustroju większych ilości soków z ogniska gruźliczego jest zasadniczo nieporozumieniem, ponieważ tuberkuliny nikt dotychczas w sokach chorego nie wykazał.

Sprawy zawodowe.

Projekt opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społ.

USTAWA

w przedmiocie niektórych uzupełnień do ustawy z dnia 2 grudnia 1921: w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej (D U. R. P. Nr. 105).

Art. 1.

Do ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 105) w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej wprowadza się następujące uzupełnienia:

w art. 21 po słowach »opinji Izby Lekarskiej« dodaje się »i właściwego Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń«.

do tegoż artykułu dodaje się następujące ustępy II i III:

»II. Do czasu zawarcia umowy pomiędzy Kasą Chorych a lekarzami wzgl. w razie jednostronnego jej zerwania przez lekarzy, wszyscy lekarze wykonujący praktykę lekarską na terytorjum danej Kasy, obowiązani są przyjmować od osób, uprawnionych do świadczeń Kasy bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe należytość w wysokości odpowiadającej połowie skali wymienionego w ust. 1. cennika.

»Za pobieranie od osób wyżej wymienionych opłat wyższych niż przewidziane w ust. niniejszym, wzgl. za wzbranianie się od wykonywania praktyki lekarskiej w stosunku do tych osób, winni podlegają każdorazowo w drodze przewidzianej w art. 9 grzywnie w wysokości 5-cio do 10-krotnej całkowitej opłaty za poradę lekarską według cennika, przewidzianego w ust. 1-szym, niezależnie od zwrotu niesłusznie pobranych sum z doliczeniem procentu w wysokości 5-ciu od sta za każdy dzień od dnia pobrania do dnia zwrotu wymienionych sum.

»III. W razie niemożności dojścia do porozumienia w sprawie zawarcia umowy lub w razie niedotrzymania warunków umowy przez jedną ze stron, sprawa podlega rozstrzygnięciu właściwej Komisji Pojednawczej, przewidzianej w art. 84 ustawy z dnia 19. V. 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

OPINIA

Izby lekarskiej w Krakowie o projekcie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej dotyczącym uzupełnień do ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem wydana na żądanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 1 grudnia 1923 r.

Nr. Org. $\frac{48512}{7497}$/23.

Już ze strony formalnej nasuwają się poważne wątpliwości, czy projekt wypracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w obecnej swej formie nadaje się do dyskusji parlamentarnej, wobec sprzeczności, w jakiej pozostaje z brzmieniem innych postanowień ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. — a więcej jeszcze z jej duchem.

W szczególności:

I. Odnośnie do poprawki w art. 21 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. obowiązującej Urzędy Wojewódzkie przy wydawaniu cennika poborów lekarskich do zasięgania opinji Izb lekarskich, brzmiącej »i właściwego Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń« należy zauważyć co następuje:

Przedewszystkiem Urzędów tego rodzaju dotychczas jeszcze niema — dotychczas niewiadomo także, jaki będzie ich skład i czy w Urzędach takich zasiadać będą wogóle ludzie mający jakątaką, choćby kompetencję w sprawie oznaczania skali honorarjów lekarskich. — Zdawanie tedy lekarzy na łaskę żywiołów narazie jeszcze nie istniejących — żywiołów o nieznanych kwalifikacjach — jest wewnętrzną sprzecznością z art. 21, który oddaje nader słusznie sprawę normowania należytości lekarskich, jedynym do takiej czynności powołanym i ukwalifikowanym czynnikom, za jakie uważać należy urzędy wojewódzkie i Izby lekarskie. Oba te czynniki, z których pierwszy z natury rzeczy stać musi na straży interesów ludności, a drugi stać będzie na straży interesów stanu lekarskiego, wystarczą w zupełności do rozstrzygania tych spraw, bez uciekania się do trzeciego, dotychczas nieistniejącego czynnika, którego ani przyszła organizacja ani też kwalifikacje nie są znane, a który jak z ducha projektowanych »uzupełnień« niedwuznacznie wynika, ma stanowić jedynie organ partyjny, daleki od sprawiedliwego, rzeczowego i bezstronnego opinjowania o sprawach czysto lekarskich.

II. Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. pozostawia w art. 15 prawo odstąpienia od leczenia chorego »według własnego uznania«, naturalnie z wyjątkiem »przypadków wynikających ze stosunku służbowego lub dobrowolnie zawartych umów« (art. 15) tudzież z wyjątkiem« nagłych wypadków grożących choremu śmiercią (art. 14); tem samem ustawa wyklucza wszelki przymus leczenia dla lekarzy.

W rażącej sprzeczności z temi postanowieniami pozostaje ustęp II projektu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zmuszający zasadniczo wszystkich lekarzy, zamieszkałych na terytorjum pewnej Kasy Chorych, do daleko idących świadczeń na rzecz członków tejże kasy, bo do leczenia za połowę należytości taryfowej i to pomimo tego, że dany lekarz nie pozostaje z Kasą w żadnym stosunku służbowym, ani też nie jest związany żadną dobrowolną umową — tudzież pomimo tego, że niema nawet mowy o nagłych wypadkach grożących choremu śmiercią.

Projekt zagraża nawet niestosującym się do tego postanowienia lekarzom, wysokiemi grzywnami »w drodze przewidzianej w art. 9« ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Otóż takie postawienie kwestji pozostaje w jaskrawej sprzeczności z dotychczasową ustawą i to w sprzeczności formalnej i wewnętrznej — tudzież w widocznej sprzeczności z intencjami ustawodawcy. Przepis a t. 9 bowiem oznacza jedynie grzywny, a nawet karę aresztu za przekroczenie artykułów 2, 7, i 8 ustawy — a więc artykułów odnoszących się do nielegalnego wykonywania praktyki lekarskiej — nielegalnego używania tytułu lekarza lub specjalisty przez osoby nieukwalifikowane względnie nie mające prawa używania takich tytułów.

Stawianie lekarzy odmawiających pomocy członkom Kasy Chorych pozostającej w nieporozumieniu z lekarzami — na równi z partaczami lub osobnikami używającymi oszukańczo nieprzysługujących im praw i tytułów — jest rażąco sprzecznem z intencją ustawodawcy — sprzecznem z ustawą i daje smutne wyobrażenie o poczuciu prawa autorów projektu.

III. Odnośnie do ustępu III proponowanych uzupełnień należy podnieść, że komisje pojednawcze przewidziane art. 84 ustawy z dn. 19. V. 1920 r. (Dz. U. R. P, Nr. 44 poz. 272), mogą być zasadniczo stosowane jedynie i wyłącznie do lekarzy pozostających do Kas Chorych w stosunku służbowym lub umownym — natomiast wobec lekarzy od Kas Chorych zupełnie niezależnych nie mogą mieć żadnych praw do orzecznictwa, a prawa takie przysługują jedynie Izbom lekarskim w myśl ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej art. 22 tudzież ustawy o Izbach lekarskich.

»Uzupełnienie« ustępem III proponowanym przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej jest zamachem na niepodległość lekarzy wolnopraktykujących, gdyż zdradza wybitną tendencję do wprzągnięcia lekarzy poza Kasami Chorych stojących w organizacje Kas. Że takie wprzągnięcie przymusowe, ani ubezpieczonym ani lekarzom na dobre wyjść nie może dowodzić chyba nie potrzeba.

* * *

W kwestji merytorycznej należy podkreślić fakt, że cały projekt Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zawierający — jak brzmi skromny jego tytuł — rzekomo »niektóre uzupełnienia« do ustawy, skierowany jest w sposób niesłychanie ostry i wręcz wrogi przeciwko lekarzom i godzi wprost w najżywotniejsze interesa stanu lekarskiego, dążąc do dalszej proletaryzacji i zsocjalizowania tego stanu i podporządkowania go pod interesa czysto partyjne.

Projekt ten godzi także wprost w prawa obywatelskie lekarzy, określone w art. 102 konstytucji Państwa Polskiego — artykuł ten powiada bowiem, że »każdy obywatel ma prawo opieki Państwa nad jego pracą« — a tu chce z pod tego prawa wyjąć lekarzy Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a więc instytucji, zdawałoby się, powołanej właśnie do strzeżenia takich praw, za pośrednictwem projektu wrogiego wobec lekarzy — projektu tchnącego jakąś jednostronną zaciekłością.

Projekt bowiem jest poprostu jakąś ustawą wyjątkową bo czy istnieje nietylko w Polsce, ale w całym cywilizowanym świecie, jedna choćby kategorja pracowników, którzyby byli ustawowo pod grozą grzywien zmuszani do jakichś świadczeń za połowę ceny na rzecz innej kategorji. Podobne stosunki istnieją jedynie w »ościennem mocarstwie«, gdzie zsocjalizowano pracę inteligencji, a więc i lekarzy, choć nie chcemy twierdzić, że stosunki tego »ościennego« państwa były wzorem dla projektodawców omawianych uzupełnień.

Czy można pomyśleć o zaprojektowaniu, względnie wprowadzeniu ustawy, któraby skazywała, jakąś inną kategorję pracowników na pracowanie za połowę normalnego zarobku na rzecz drugiej kategorji? Czy samo wniesienie podobnego projektu nie spotkałoby się z jaknajenergiczniejszym protestem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej — z gwałtowną burzą opozycji w sferach zagrożonych pracowników, może nawet z groźbą generalnego strajku i t. p. objawów ogólnego i to słusznego oburzenia?

Projekt cały jest kagańcowym zamachem na wolność rozporządzania swą pracą i wiedzą, na wolność bronienia się przed wyzyskiem — a więc zamachem na tę właśnie wolność, o którą tak gwałtownie kruszą kopję stronnictwa »wolnościowe« w debatach strajkowych. Ustawa z proponowanemi przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej »uzupełnieniami« musiałaby natrafić na zdecydowany opór lekarzy, a czy taki opór w jakiejkolwiek formie stosowany wypadłby na dobro chorych, leczonych pod przymusem? Z pewnością nie.

Praktycznie rzecz biorąc wprowadzenie takiego projektu wyda lekarzy wolno praktykujących, poprostu na łup niesumiennych członków Kas Chorych, utrudni im, względnie uniemożliwi nawet praktykę prywatną, a w ten sposób pozbawi ich i tak już obecnie stosunkowo słabego źródła dochodów, które wobec postępującej socjalizacji stanu lekarskiego przez wzrost Kas Chorych, z dnia na dzień nieledwie się zmniejsza.

Pozatem cały projekt Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej ubliża godności stanu lekarskiego — poniża go rygorami grzywien i dąży, może tendencyjnie do zdania ogółu lekarzy na łaskę i niełaskę Kas Chorych, które do supremacji nad stanem lekarskim nie posiadają — zdaniem naszem — żadnego tytułu.

* * *

Izba lekarska stojąca na straży godności i interesów stanu lekarskiego, oświadcza się przeto w sposób jak najbardziej stanowczy przeciw uzupełnieniu artykułu 21 ustawy o praktyce lekarskiej w brzmieniu przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej proponowanem, a to z następujących powodów:

Uzupełnienia ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w redakcji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, są przedewszystkiem zupełnie zbyteczne, pozostają w sprzeczności z zagwarantowaną w art. 102. Konstytucji, opieką nad pracą — są zamachem na wolność zawodu lekarskiego — sprzeciwiają się, dotychczasowej ustawie o praktyce lekarskiej, a wreszcie dla lekarzy są moralnie w wysokim stopniu krzywdzące i poniżają godność stanu — materjalnie prowadziłby mogły jedynie do dalszego spauperyzowania stanu lekarskiego, cierpiącego i tak już jak wszystkie zawody oparte na intelektualnej pracy.

Izba Lekarska w Krakowie